VOL. 29 N.º 1

ANAIS BRASILEIROS
DE
DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

MARÇO DE 1954

PUBLICAÇAO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

ÁCIDO LINOLEICO

AMPOLAS — CÁPSULAS — GOTAS

POSOLOGIA E TRATAMENTOS AUXILIARES

Idades	Gotas	Cápsulas	Ampolas	Observações	Tratamentos auxiliares
de 0 a 2 meses	5 got. 1 vez por dia	—	—	Misturar no açucar ou no mel (administrar à mãe, 4 cápsulas por dia), e Vitamina A, na dose de 25.000 unidades por dia.	Calciferol 400.000 unid. por semana. Vitamina A, 25.000 unid. por dia.
2 a 4 meses	5 got. 2 vezes p/ dia	—	—	id.	Calcio Metionina. id.
4 a 6 meses	10 got. 2 vezes p/ dia	—	—	id.	id.
6 meses a 3 anos	10 got. 2 vezes p/ dia	—	—	Misturar com a primeira colher de sopinha.	id.
de 3 a 10 anos	id. ou	2 cáps. por dia	—	Misturar as gotas na primeira colher de comida, ou dar as cápsulas no início das refeições.	id.
de 10 a 15 anos	—	2 cáps. por dia	1/2 por semana (condicional)	As cápsulas são tomadas no início das refeições. CONDICIONAL: nos casos rebeldes ao tratamento por via oral, pode-se aplicar meia ampola, semanalmente até 10 ampolas.	id.
de 15 a 60 anos	—	2 cáps. por dia	1 ampola por semana	As cápsulas são tomadas no início das refeições. As ampolas devem ser prèviamente aquecidas e injetadas profundamente no medio-gluteo. Se houver relutância às injeções, aumentar a dose das cápsulas, até 4 diàriamente: neste caso estão as grávidas. Si houver relutância às cápsulas administrar 1 injeção cada 5 dias.	Vitamina A, até 50.000 unidades diárias (nos magros). Metionina, até 1 grama diàriamente.
além dos 60 anos	—	2 a 4 cáps.	—	As càpsulas são tomadas no início das refeições. NUNCA aplicar as injeções nestes doentes; quando magros.	Usar sempre a Metionina, até 1 grama diária.

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia
Caixa postal 389 — Rio de Janeiro

VOL. 29 | MARÇO DE 1954 | N.º 1

A framboésia trópica (bouba) no Nordeste de Minas Gerais. Análise de 5.385 casos

Tancredo Alves Furtado e Antônio Firmato de Almeida

São quasi inexistentes os trabalhos estatísticos sôbre a framboésia trópica em nosso meio. Os autores nacionais, que a estudaram em numerosas publicações, embora na sua maioria tivessem larga experiência pessoal sôbre a moléstia, que observaram nos próprios focos endêmicos, em geral, não relataram dados numéricos. SILVA ARAÚJO (1), MATA (2) e LOBO (3) quasi não mencionam cifras e FERREIRA LOPES (4), MIRANDA (5) e NÉRI GUIMARÃES (6) nos dão estatísticas muito reduzidas.

O estudo estatístico parece-nos de interêsse, não apenas para o conhecimento de aspectos de importância da patologia da afecção, para a sua comparação com os dados encontrados em diferentes focos e apreciação de possíveis diferenças ecológicas, como também para o equacionamento adequado das medidas de profilaxia e contrôle de tão grave endemia.

MATERIAL E MÉTODO

Compulsamos, no presente trabalho, 6.636 fichas de doentes de bouba, atendidos no Pôsto de Higiene (antigo Pôsto de Framboésia) de Itambacuri (Minas Gerais) por um de nós (A.F.A.). Dêste total, excluimos 51 fichas, por apresentarem dados incompletos. Restaram, assim, para a análise final, 5.385 casos. Estudamos a incidência global, a distribuição por formas clínicas ou períodos de evolução e, em par-

Trabalho apresentado ao 1.º Congresso Médico do Nordeste Mineiro, realizado em Teófilo Otôni, de 1 a 7 de setembro de 1953.

T. A. Furtado — Assistente da Clínica Dermatológica da Fac. Nac. de Med. da Univ. de M. Gerais (Catedrático: Prof. Olinto Orsini) e da Santa Casa de Belo Horizonte (Serviço do Prof. Josefino Aleixo). Fellow do The Squibb Institute for Medical Research, New York.

A. F. de Almeida — Chefe do Pôrto de Higiene de Itambacuri, Minas Gerais. Sanitarista da Secretaria de Saúde e Assistência do Estado.

ticular, as diversas manifestações tardias. Em um grupo de 1.177 fichas, analisamos a distribuição quanto a raça, sexo, estado civil e grupos etários. O diagnóstico de bouba era feito sòmente na preque o Pôsto de Higiene não estava aparelhado com laboratório sença de elementos clínicos e epidemiológicos indiscutíveis, uma vez para exames serológicos.

Na bouba não parece haver a separação nítida em períodos, que se encontra na sífilis. É observação relativamente freqüente a coexistência do framboesoma inicial com os framboesomas e framboesides da fase secundária, bem como destas manifestações com as lesões que caracterizam o período terciário. Distinguimos, assim, as fases primária, primo-secundária, secundária, secundo-terciária e terciária. As três primeiras podem ser grupadas no período recente e as duas últimas no período tardio.

INCIDÊNCIA GLOBAL

O conhecimento exato da incidência percentual da bouba, em uma determinada população, poderia ser obtido sòmente pelo censo intensivo e completo, clínico e serológico. Teremos, no entanto, uma idéia aproximada desta incidência, se considerarmos que 5.385 casos novos foram observados num período de 11 anos em 58.545 habitantes (7), o que equivale a quasi 10 % da população (quadro n.º 1).

QUADRO N.º 1

INCIDÊNCIA GLOBAL DA BOUBA

FOCO	POPULAÇÃO	NÚMERO DE DOENTES	PERCENTAGEM
Itambacuri	58.545	5.385	9,19
Brasil	52.000.000	350.000	0,67

Apresentamos os números relatados por SAMAME (8) no Primeiro Simposium Internacional para o Contrôle da Bouba, realizado em março de 1952, em Bangkok, Tailândia (quadro n.º 2), e no qual incluimos a estimativa de NÉRI GUIMARÃES (9), para o Brasil.

QUADRO N.º 2

INCIDÊNCIA DE BOUBA NAS AMÉRICAS

PAÍS	INCIDÊNCIA POR 100.000 HABITANTES
Brasil	673,0
Colômbia	43,5
Equador	3,4
Guiana Francêsa	413,0
Guiana Inglêsa	26,4
Haiti	3.982,0
Jamaica	330,0
República Dominicana	319,4
Panamá	35,8
Trinidad	10,4
Venezuela	[illegible]83,7

Êste autor calcula em 350.000 o número total de casos de bouba para 52 milhões de habitantes no país, o que representa 673 por 100.000 habitantes, freqüência superada apenas pelo Haiti. A incidência é maior no Nordeste e Leste do país, onde ela alcança de 5 a 10 % em certos núcleos de população.

RAÇA

Em 1.177 fichas, encontramos a seguinte distribuição racial, que comparamos com os dados para o Estado de Minas Gerais, fornecidos pelo Departamento de Estatística que os não possui, em separado, para o Município de Itambacuri:

QUADRO N.º 3

INCIDÊNCIA RACIAL

CÔR	NÚMERO DE DOENTES	PERCENTAGEM	DISTRIBUIÇÃO RACIAL EM MINAS GERAIS
Branca	99	8,4 %	58,3 %
Preta	276	23,4 %	14,5 %
Parda	802	68,1 %	26,7 %
Amarela			0,02 %

Estes dados estão de acôrdo com SILVA ARAÚJO (1), NÉRI GUIMARÃES (6) e CHAMBERS (10). Uma incidência absoluta maior nos brancos foi encontrada por MATA (2), na Amazônia (38,3 %), e LOBO (3), em Pernambuco, embora estes autores não relatem os índices raciais destas regiões. PARDO CASTELLÓ (11) observou, em Cuba, uma incidência distribuída igualmente entre as raças branca e preta.

Não parece haver suscetibilidade racial e estas aparentes discrepâncias poderiam ser explicadas pelas diferenças em índice racial e oportunidades de contágio nos diversos focos.

SEXO

Apresentamos, no quadro n.º 4, a incidência por sexo entre os casos de bouba em comparação com a distribuição dêste elemento no Município de Itambacuri.

QUADRO N.º 4

SEXO

SEXO	NÚMERO DE DOENTES	PERCENTAGEM	DISTRIBUIÇÃO POR SEXO DA POPULAÇÃO DE ITAMBACURI
Masculino	734	62,1	50,5
Feminino	443	36,7	49,5

A incidência maior no sexo masculino coincide com os dados de LOBO (3), NÉRI GUIMARÃES (6) e GUTIERREZ (12) e estão em desacôrdo com os dados de MATA (2), VARGAS CUELLAR (13) e PARDO CASTELLÓ (11), que relatam uma preponderância do sexo feminino. HACKETT (14) encontrou, em Uganda, uma incidência ligeiramente mais elevada no sexo masculino.

Os indivíduos do sexo masculino, quando crianças, pela natureza dos seus jogos e brinquedos e pelo fato de usarem menos roupa, e quando adolescentes, já aproveitados no trabalho da lavoura, onde estão mais sujeitos aos traumatismos, têm maiores oportunidades de contrairem a infecção.

ESTADO CIVIL

Encontramos os seguintes números:

QUADRO N.º 5

ESTADO CIVIL	NÚMERO DE DOENTES	PERCENTAGEM
Crianças	572	48,5
Solteiros	274	23,2
Casados	284	24,1
Viúvos	47	3,9

Embora a incidência seja bastante elevada em crianças, a moléstia acomete, também, com grande freqüência, os adultos, o que discorda dos achados de alguns autores clássicos (15,12).

INCIDÊNCIA POR GRUPOS ETÁRIOS

Em 1.177 fichas, analisamos a incidência das diversas formas de evolução por grupos etários (quadro n.º 6).

QUADRO N.º 6

INCIDÊNCIA POR GRUPOS ETÁRIOS

IDADE	PRIM.	PRIMO-SEC.	SEC.	SEC.-TERC.	TERC.	TOTAL
0 - 2 a.		4	77			81
3 - 5 a.	2	3	97	1		103
6 - 10 a.	6	5	167	2	2	182
11 - 15 a.	3	10	184	5	5	207
16 - 20 a.		5	175	4	8	192
21 - 30 a.	1	6	192	2	12	213
31 - 40 a.	1	3	93	2	4	103
41 - 50 a.		2	50		6	58
51 - 60 a.		1	21		2	24
61 - 70 a.		1	11			12
71 - 80 a.			1		1	2

Vemos que a freqüência é apreciável desde os primeiros meses de vida e que se mantém de modo mais ou menos uniforme nos grupos etários de 6 a 30 anos. Se simplificarmos o quadro acima em apenas três grupos etários, teremos a seguinte incidência:

QUADRO N.º 7

INCIDÊNCIA POR GRUPOS ETÁRIOS

IDADE	NÚMERO DE DOENTES	PERCENTAGEM
1 — 15 a	573	48,7
16 — 50 a	566	48,0
51 — 100 a	38	3,3

Estes números são comparáveis aos de PARDO CASTELLÓ (11), que em 500 casos, observados em Cuba, encontrou, respectivamente, 44,8 %, 45,6 % e 9,6 %. LOBO (3) observou, também, incidência elevada após

os 10 anos de vida. A bouba não parece ser, pois, uma moléstia da infância, como queriam vários autores que a estudaram em Samoa, São Domingos e ilhas do Sul do Pacífico e Filipinas (15,12). FERREIRA LOPES (4) encontrou, em 651 doentes, cifras comparáveis às nossas, ou seja quasi 60 % de indivíduos infectados com mais de 15 anos, e procura explicar êste fato com a hipótese de ser a endemia boubática nesta região muito recente e a moléstia iria, assim, surpreender grande número de indivíduos na idade adulta, sem que tivessem tido a oportunidade de se infectarem na infância, como deveria ser o caso nos países mencionados e em muitos outros, onde a infecção adquirida nos primeiros anos de vida conferiria uma imunidade na idade adulta.

FORMAS CLÍNICAS

A distribuição da moléstia por formas clínicas ou períodos de evolução se acha expressa no quadro n.º 8.

QUADRO N.º 8
DISTRIBUIÇAO POR PERIODOS DE EVOLUÇAO

PERÍODO	NÚMERO DE DOENTES	PERCENTAGEM
Primário	196	3,6
Primo-Secundário	93	1,7
Secundário	4.503	83,6
Secundo-Terciário	30	0,6
Terciário	563	10,5
TOTAL	5.385	100,0

O número reduzido dos doentes, na fase inicial da moléstia, se explica pelo fato de não procurarem assistência quando se acham apenas acometidos da lesão primeira, a qual, sendo em geral única, não lhes causa muito incômodo. O framboesoma inical cura-se, seja com os tratamentos insuficientes ministrados pelos próprios pacientes, seja espontâneamente, após um curto período de evolução. Pode, no entanto, persistir por mais tempo e coexistir com as manifestações do periodo secundário, conforme ecorreu em 1,7 % do nosso material. Em casos mais raros, conforme observação de CASTELLANI e BAERMANN (16) entre outros, o pianoma pode sobreviver ao período secundário e dar lugar "in situ" a uma ulceração terciária. Êste fato não foi observado em nosso material.

A elevada incidência dos casos de secundarismo (83,6 %) se deve ao fato de ser esta a etapa evolutiva mais rica em manifestações, em

que as erupções cutâneas são floridas, numerosas, muitas vêzes exuberantes e se acompanham freqüentemente de sintomas constitucionais, levando os doentes a procurarem o médico. NÉRI GUIMARÃES (6) e FERREIRA LOPES (4) encontraram, respectivamente, 54 % em 255 doentes e 88,7 % em 651 doentes.

A existência de uma fase terciária, negada ou discutida por numerosos tropicalistas entre os quais SILVA ARAÚJO (1), MATA (2) e RABELO (17), é hoje aceita pela maioria daqueles que têm estudado a dermatose.

A pequena incidência de lesões tardias (10,5 %), encontrada por nós e pela maioria dos autores nacionais e estrangeiros, se deve a vários fatos. Duas possibilidades podem ocorrer aos doentes no período secundário: 1.ª) o doente recebe tratamento adequado e se interrompe, com a cura, a evolução da moléstia. É precisamente durante êste período que a maioria dos doentes procura tratamento; 2.ª) o doente trata-se insuficientemente ou não recebe tratamento algum. Neste caso, conforme salientou MATTLET (18), as reações orgânicas gerada no período secundário podem determinar uma imunidade total ou parcial. Se total, ocurrência mais freqüente, a moléstia termina neste período, cura-se espontâneamente; se parcial, o espiroqueta persiste no organismo e provoca lesões tardias, cutâneas ou ósseas.

No quadro n.º 9 relacionamos a freqüência das diversas manifestações observadas em 563 doentes de bouba tardia.

QUADRO N.º 9

MANIFESTAÇÕES TARDIAS DA BOUBA EM 563 DOENTES

TIPO	NÚMERO DE DOENTES	PERCENTAGEM
Queratodermias	255	45,2
Ulcerações	202	35,2
Cicatrizes	145	27,5
Osteítes e Periostites	37	6,5
Gomas	35	6,2
Artropatias	18	3,1
Gangosa	12	2,1
Gundú	5	0,8
Nodosidades juxta-articulares	2	0,3

As queratodermias palmares e plantares constituem as manifestações mais freqüentes, o que concorda com as observações de Néri Guimarães (6) e Miranda (5), em nosso meio, e de Gutierrez (19) e numerosos autores estrangeiros (17). O estudo mais detalhado destas lesões, que ocorrem também no período recente, é objeto de outro trabalho nosso (20).

Em ordem de freqüência, vêm em seguida as ulcerações, que se originam, seja das gomas que se ulceram e se cronificam, seja de transformação "in situ" do fromboesoma inicial ou dos framboesomas de generalização. A goma pròpriamente dita, com suas características morfológicas e evolutivas próprias, — lesão nodular, dura, bem delimitada, que sofre os processos de fusão, amolecimento, ulceração e reparação cicatricial, — foi observada em apenas 35 doentes.

As manifestações ósseas e articulares são de incidência relativamente reduzida.

Em tão vasto material estão registrados apenas 12 casos de gangosa, 4 de gundú e 2 de nodosidades juxta-articulares. A etiologia boubática destas manifestações constitui, ainda hoje, assunto de controvérsia entre os autores. Silva Araújo (1), com sua grande experiência da moléstia, diz nunca ter observado a rinofaringite mutilante ou gangosa em doente de bouba. Todos os casos que viu dêste síndrome tinham como causa a leishmaniose, a sífilis ou a lepra. Em nenhuma das seis observações de gundú, até então (1928) registradas no Brasil, havia sido demonstrada a etiologia framboésica. Afirma ainda que teve a oportunidade de observar 60 casos de nodosidades juxta-articulares, todos êles de origem luética. Mata (2), em uma estatística de 600 doentes observados na Amazônia, não relata um só caso de qualquer destas três manifestações. Lobo (3) não aceita a etiologia piânica do gundú e diz que, embora os casos de nodosidades juxta-articulares, que poude observar, fôssem também de causa sifilítica, acha possível que o Treponema de Castellani possa determinar o mesmo quadro. Por outro lado, é de opinião que a bouba pode figurar ao lado das moléstias acima citadas como causa da gangosa. Rabelo (17) compartilha dêstes pontos de vista. Miranda (5) não menciona estas manifestações em sua tese. Ferreira Lopes (4) não observou casos de gundú e nodosidades de Lutz e Jeanselme e viu apenas um caso de gangosa. Néri Guimarães (6), em 1.043 doentes observados na Baixada Fluminense, registrou 10 casos de gangosa e 21 casos de nodosidades juxta-articulares. Não observou nenhum caso de gundú, não acreditando em sua etiologia piânica.

Dentre os autores estrangeiros, Chambers (10), com sua grande experiência na Jamaica, encontrou aquelas três manifestações em grande número de casos. Gutierrez (21), que trabalhou nas Filipinas, inclui a gangosa e as nodosidades de Lutz como manifestações da framboésia, mas não faz referência ao gundú. Hackett (22), em Uganda, encontrou, em 119 doentes de bouba terciária, 4 casos de gundú e 3 de gangosa, 1 caso de nodosidades juxta-articulares e 1 caso de entumescimento dursal pré-patelar.

O gundú não é observado na Indochina, no Cameroum, no Alto Nilo e no Congo, regiões onde a bouba é endêmica. Tem sido assinalado no México, onde não existe a bouba (15). Dos 5 casos de gundú de nosso material, apenas dois foram de aparecimento tardio, 8 e 20 anos depois da lesão primária: os demais surgiram 2 meses, 1 ano e 2 anos após iniciada a infecção.

Como se depreende desta breve revisão, são questões debatidas, cuja solução demanda ulteriores estudos.

SUMARIO

Os A.A. fazem uma análise de 5.385 casos de framboésia trópica (bouba), observados, em 11 anos, no nordeste de Minas Gerais.

1 — A incidência global da bouba foi de 9,2 % em uma população de 58.545 indivíduos.

2 — A freqüência foi maior nos pardos (68,1 %) e pretos (23,4 %) e nos indivíduos do sexo masculino (62,1 %). 48,7 % eram menores e 51,3 % maiores de 15 anos de idade, o que mostra não constituir a bouba uma afecção da infância, como acreditavam muitos autores.

3 — A distribuição em períodos evolutivos foi: 3,6 % na fase primária, 83,6 % na secundária e 10,5 % na terciária. A coexistência do framboesoma inicial com lesões secundárias foi encontrada em 1,7 %, e, destas últimas com as manifestações terciárias, em 0,6% dos casos. Na bouba não se observa a separação nítida em períodos como na sífilis, sendo mais apropriada a distinção em manifestações recentes e tardias.

4 — Entre as manifestações tardias, as mais freqüentes são as queratodermias plantares e palmares (45,2 %) e as ulcerações (35,2 %). Foram observados apenas 12 casos de gangosa (2,1 %), 5 de gundu (0,8 % e 2 de nodosidades juxta-articulares (0,3 %).

SUMMARY

The Authors analyse 5.385 cases of framboesia tropica (yaws) observed in a period of 11 years in the Northeas ten region of the State of Minas Gerais, Brazil.

1 — The total incidence of yaws was 9,2 % in a population of 58.545 individuals.

2 — The frequency was higher among mulatoes (68,1 %) and negroes (23,4 %) and among males (62,1 %), 48,7 % were below and 51,3 % above fifteen years of age, showing that yaws is not a diesease of the infant, contrary to the belief of many authors.

3 — The distribution in stages was: 3,6 % in the primary stage, 83,6 % in the secondary and 10,5 % in the terciary. The coexistence of the initial framboesoma with secondary lesions was seen in 1,7 % and of these latter with late manifestations in 0,6 % of all cases. Unkike syphilis there is no definite separation in stages, which overlap each other and the distinction between early and late manifestations seems to be more appropriate.

4 — Among the late manifestations the more frequent were keratosis palmaris et plantaris (45,2 %) and ulcerative lesions (35,2 %). Gangosa was seen in 12 patients (2,1 %), goundou in 5 (0,8 %) and juxta-articular nodules in 2 (0,3 %).

CITAÇÕES

1 — Silva Araújo, O.: Le Pian au Brésil, Bull. Soc. Path. Exotique, 21:387, 1928.

2 — Mata, Alfredo Augusto da: Conclusões em tôrno de 600 casos de bouba, An. brasil. de dermat e sif., 6:1-14, 1930.

3 — Lobo, Jorge: Contribuição ao estudo da Bouba, tese, Pernambuco, 1935.
4 — Ferreira Lopes, Cid: A campanha contra a bouba no nordeste mineiro, Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1935.
5 — Miranda, Waldemir: A bouba no nordeste brasileiro, tese, Pernambuco, 1935.
6 — Néri Guimarães, F: Aspectos clínico evolutivos de la buba (frambesia, pian, yaws) em Baixada Fluminense (Estado de Rio de Janeiro, Brasil) The Puerto Rico J. Pub. Health a Trop. Med., 26:19-54, 1950.
7 — Departamento Estadual de Estatística do Estado de Minas Gerais.
8 — Samame, Guillermo, E: The Nature and the Extent of the yaws Problem in the Americas, Bulletin of the First International Symposium on yaws Control under the Auspices of the World Health Organization, Bangkok Thailand 14-22 March 1952, pg. 25.
9 — Néri Guimarães, F.: Yaws in Brazil, First International Symporium on Yaws Control, Bangkok 1952, World Health Organization, Monograph Series n. 15, p. 225.
10 — Chambers, H.D.: Yaws (Framboesia Tropica) U.L.A. Churchil Ltda., Lonron, 1938.
11 — Pardo Castelló, V.: Yaws: 500 cases observed in Cuba. Arch. Dermat. & Syph., 40: 762-775, 1939.
12 — Gutierrez, P.D.: Yaws: Its Manifestations and Treatment by Neo-Arsphenamin, Arch. Dermat. & Syph., 6:265-287, 1922.
13 — Vargas Cuellar, P.I.: El pian en el departamento del Valle del Canca, Bol. Ofc. San. panam., 20:897-913, 1941.
14 — Hackett, C.S.: Incidence of yaws and of Venereal Diseases in Lango (Uganda) Br. Med. J. 1:88, 1947.
15 — Galliard, H. in Nouvelle Pratique Dermatologique, Masson et Cie, Tome III, pg. 227-268, 1936.
16 — Castellani e Baernan in Lobo, Jorge opus cit.
17 — Rabelo, F.E.: A framboésia trópica e o problema das suas manifestações tardias, An. brasil. de dermat. e sif., 13:17-28, 1938.
18 — Mattlet, G.: Syphilis et Pian, Bruxelles-méd., 13:1337-1342, 1933.
20 — Furtado, T.A. e Almeida, A. Firmato: Manifestação palmo-plan-Arch. Dermat. & Syph., 2:382-392, 1923.
20 — Furtado, T.A. e Almeida, A. Firmato: Manifestação palmo-plantares da framboésia trópica observadas no nordeste de Minas Gerais, 1.º Congresso Médico do Nordeste de Minas Gerais, 3-7 de setembro de 1953, Teófilo Otôni.
21 — Gutierrez, P.D.: Iate Tertiares Manifestations of yaws, Arch.Defmat. & Syph., 12:465-482, 1925.
22 — Hackett, L.S.: The Clinical Course of yaws in Longo, Uganda, Tr. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg., 40:206-217, 1946.

Enderêço dos autores: rua Alvarenga Peixoto, 986 (Belo Horizonte)

Observações sôbre o eritema fixo medicamentoso

A. Padilha Gonçalves e Nelson V. Oliveira

Uma das mais interessantes manifestações cutâneas produzidas por medicamentos é, sem dúvida, o eritema fixo pigmentado descrito e conhecido inicialmente como "antipirinide", depreendendo-se, desde logo, pela própria denominação, a etiologia à qual fôra relacionado, isto é, a antipirina. Atualmente sabe-se que, além da antipirina, várias outras drogas podem causar o eritema fixo. Diversos medicamentos vêm sendo constantemente adicionados às listas dos causadores de eritema fixo, as quais, dêsse modo, crescem dia a dia.

Fazendo uma revisão no material dos Serviços Dermatológicos do Prof. Ramos e Silva (Serviço de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Escola de Medicina e Cirurgia e Departamento de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro), tivemos ocasião de analisar 45 casos de eritema fixo medicamentoso entre as fichas de 20.567 pacientes registrados nos arquivos dos referidos Serviços. Os principais dados a respeito dessa ficha vêm reunidos no quadro que acompanha êste trabalho.

Ressalta, desde logo, a baixa freqüência dessa farmacodermia, que, de acôrdo com os números acima, mostrou uma incidência de apenas 0,2 % ém relação às outras manifestações cutâneas.

O sexo mais atingido foi o feminino, ao qual pertenciam 32 pacientes de eritema fixo, ao passo que só 13 eram do sexo masculino; uma frequência acima duas vêzes maior.

No que se refere à côr, constatamos que 34 doentes eram brancos, 10 pardos e 1 preto.

Levando em conta a data do início do eritema fixo, a idade dos nossos doentes variou de 15 a 66 anos.

Trabalho do Departamento de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro (Diretor: Prof. J. Ramos e Silva), apresentado na IX Runião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros (S. Paulo — setembro de 1952).

A. Padilha Gonçalves: Assistente da Cadeira de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Escola de Medicina e Cirurgia (Prof. J. Ramos e Silva) e do Departamento de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro.

Nelson, V. Oliveira: Assistente do Departamento de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro.

Fazendo-se grupamentos etários de 5 anos, a partir de 15 anos, vemos 9 pacientes no grupo de 15 a 19 anos, 8 no de 20 a 24 anos, 7 no de 25 a 29 anos, 4 ne de 30 a 34 anos, 8 no de 35 a 39 anos, 2 no de 40 a 44 anos, 3 no de 45 a 49 anos, 3 no de 50 a 54 anos e 1 no de 65 a 70 anos.

Chamam desde logo a atenção a ausência de casos de eritema fixo na infância e a sua maior incidência dos 15 aos 39 anos (36 casos ou 80 %). No período de 15 a 24 anos surgiram 17 casos (37,7 %). Essa incidência se explica, pois se trata da época da vida em que se avoluma a exposição aos medicamentos causadores que adiante citaremos.

DADOS PRINCIPAIS SÔBRE OS CASOS DE ERITEMA FIXO ESTUDADOS

INCIDÊNCIA		SEXO		CÔR	
N.º de fichas..	20.567	Feminino	32	Brancos	34
Casos de eritema fixo ..	45 (0,2 %)	Masculino	13	Pigmentados	11

IDADE				LOCALIZAÇÕES		ETIOLOGIA	
Anos	*Casos*						
15 a 19	9	37,7 %	80 %	Membros	31	Veramon	24
20 a 24	8			Tronco	25	Melhoral	2
25 a 29	7			Lábios	14	Cibalena	2
30 a 34	4			Pênis e escroto	9	Veramon / Irgapirim	1
35 a 39	8			Mãos	9	Sulfatiazol / Sulfadiazina	1
40 a 44	2			Pescoço	6	Cessatil	1
45 a 49	3			Pés	6	Sulfaguanidina	1
50 a 54	3			Vulva	4	Desconhecida	13
65 a 70	1			Mucosa bucal	4		
				Face	3		

Dos pacientes estudados, o que era portador de eritema fixo há menos tempo tinha a erupção havia 1 semana, e, no que a erupção era mais antiga, a evolução era de 6 anos.

As manchas características da erupção, na maioria dos pacientes eram múltiplas e sediadas em diferentes regiões da superfície cutânea. As localizações estavam assim distribuídas: nos membros, em 31 casos, no tronco, em 25; nos lábios, em 14; nos órgãos genitais masculinos (pênis e escroto), em 9; nas mãos, em 9 (inclusive palmas); no

pescoço, em 6; nos pés, em 6 (inclusive plantas); na vulva, em 4; na mucosa da bôca (abóboda palatina, gengiva e mucosa jugal), em 4; e, na face, em 3 (excluindo os lábios).

Os medicamentos causadores foram: veramon, 24 casos; melhoral, 2; cibalena, 2; irgapirin e veramon, 1; sulfatiazol e sulfadiazina, 1; sulfaguanidina, 1; e cessatil, 1. Nos outros 13 doentes não foi possível apurar com segurança a causa, sendo suspeitos o veramon, o melhoral, a cibalena, o neurilan e o serenol. A apuração da causa foi, na maior parte, realizada pela reexposição à droga nociva seguida de uma exacerbação; num pequeno número de casos o interrogatório apontou de modo indubitável a etiologia. Nem sempre foi possível conseguir que os doentes se submetessem à prova da reexposição.

Como vimos acima, 2 casos diferentes tinham eritema produzido por 2 medicamentos. Num dêles os responsáveis eram o sulfatiazol e a sulfadiazina, produtos de fórmula diversa, porém, muito relacionados. No outro, tanto no irgapirin como no veramon, há um fator comum — o piramido.

Além do eritema fixo, alguns pacientes tinham as seguintes doenças dermatológicas associadas: eczema microbiano, 1 caso; psoríse, 1 caso; rosácea, 1 caso; blastomicose sul-americana, 1 caso; escabiose, 1 caso; lues latente tardia, 1 caso; e dermatite de contacto, 3 casos.

RESUMO E CONCLUSÕES

1 — Foram estudadas 45 fichas de portadores de eritema fixo medicamentoso, encontradas entre 20.567 doentes dos arquivos dos Serviços Dermatológicos do Prof. J. Ramos e Silva (Escola de Medicina e Cirurgia e Policlínica Geral do Rio de Janeiro), constatando-se desde logo a baixa freqüência dessa erupção, cujo percentual de incidência foi de cêrca de 0,2.

2 — Dessas 45 fichas retiramos os principais dados que foram expostos num quadro.

3 — O sexo mais atingido pelo eritema fixo foi o feminino. A maioria dos doentes era de côr branca. A idade dos mesmos variou de 15 a 66 anos (data do início da doença), notando-se que 80 % dos casos surgiram dos 15 aos 39 anos e 37,7 % dos 15 aos 24 anos. A evolução variou de 1 semana a 6 anos. As localizações mais freqüentes foram os membros, seguindo-se o tronco, os lábios, os órgãos genitais masculinos, as mãos, o pescoço, os pés, a vulva, a mucosa da bôca e a face (excluindo os lábios).

4 — Quanto à etiologia, o veramon foi o causador do maior número de casos, sendo também fatores causais: o melhoral, a cibalena, a sulfaguanidina, o cessatil, e, em 2 diferentes casos, respectivamente, o irgapirin e o veramon, e o sulfatiazol e a sulfadiazina. Em alguns doentes, conquanto fôsse clara a origem medicamentosa, não foi possível apontar com segurança qual a droga causadora.

5 — Entre outras doenças dermatológicas, que alguns casos apresentaram, é interessante notar que 3 pacientes eram portadores também de dermatite de contacto, isto é, outro tipo de manifestação alérgica.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

1 — We have studied forty five cases of fixed erythema caused by drugs, found among the 20.567 patients from the files of the Dermatological Clinics (School of Medicine and Surgery and General Polyclinic of Rio de Janeiro) directed by Professor Ramos e Silva. These numbers show the low incidence of fixed erythema, which in our statistics appears to have on incidence of 2 % in reference to the other dermatological entities.

2 — The principal features of these 45 cases of fixed erythema were tabulated.

3 — Fixed erythem appears to be more frequent in women than in men. Most of the patients were white. Age of the patients varied between 5 and 66 years old: 80 % of the cases were from 15 to 39 years old and 37,7 % from 15 to 24 years old. The duration of the eruption varied from 1 week to 6 years. The more frequent localizations were, in decreasing order: the limbs, trunk, lips, men's genitalia, hands, neck, feet, vulvae, oral mucosae and face (excluding the lips).

4 — Veramon was the etiologic factor in the greater number of cases. Other factors, were: melhoral, cibalena, sulfaguanidin, cessatil. Two cases had each a double etiology: irgapirin and veramon in one, and sulfathiazole and sulfadiazine in the other. In some patients, although the medicamental origin was clearly evident, we could not say exactly which drug was the causal agent.

5 — Some patients presented also other skin diseases. Among these we noted that 3 cases had also contact dermatitis, i. e., another type of allergic manifestation.

Endereço dos autores: av. Ataulfo de Paiva, 1.079 (Rio)

Notas clínicas

Neurinoma cutis

Sebastião A. P. Sampaio e Guilherme V. Curban (*)

Neurinomas, Schwannomas, Fibroblastomas e Fibromas perineurais são tumores benignos, localizados em trajeto de nervo e que apresentam características histológicas bem definidas. Podem se localizar em qualquer ponto do organismo, como refere BOGLIOLO (1). Apesar da sua ocorrência na pele, não são geralmente referidos nos tratados de dermatologia, onde vemos anotados apenas os neuromas e a neurofibromatose.

Parece-nos, pois, de interêsse a apresentação dêste caso, não só pelas suas características clínicas, como também para chamar a atenção para êste tipo de tumor.

Caso clínico: O.S., 28 anos, casado, branco, lavrador, matriculado, sob n.º 336.523, na Clínica Dermatológica do Hospital das Clínicas, em 14-9-53. Acusava o paciente o aparecimento de tumores no tórax e no pescoço, datando de 2 anos. O exame demonstrou a existência de formações tumorais, duras, dispostas em caráter segmentário no dorso do pescoço e na região da omoplata e axila direita (fig. 1). No tórax, envolvendo a região ocupada pelos tumores, observava-se erupção bastante desenvolvida de tipo pigmentar descamativo, devida a Pityriasis versicolor. O exame histopatológico de um dos tumores revelou o quadro clássico de neurinoma, com células de núcleos alongados, dispostos em paliçada, em turbilhões ou redemoinhos (fig. 2).

COMENTÁRIOS

Os neurinomas constituem tumores que se localizam em qualquer ponto do organismo, sendo a sede mais freqüente o ângulo ponto cerebelar, o estômago e os nervos periféricos. Podem ser classificados no grupo dos tumores da bainha nervosa, de acôrdo com os seguintes tipos: 1) Fibroma perineural ou Neurinoma; 2) Neurofibromatose ou Moléstia de Recklinghausen; e 3) Fibrossarcoma perineural. É interessante anotar as várias hipóteses a propósito da

---

(*) Da Clínica Dermatológica e Sifilográfica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Serviço do Prof. J. Aguiar Pupo).

histogênese dêstes tumores. VEROCAY, que identificou o tumor em 1910, diferenciando-o do fibroma comum, considerou-o formado por células neuro-ectodérmicas derivadas da baínha de Schwann. Daí a denominação de Schwannoma também dada a êste tumor. Alguns autores, como MASSON (2), MURRAY e STOUT (3) e outros subscrevem êste ponto de vista. Um segundo grupo de autores, como TARLOV (4) e outros, defende a idéia de que o tumor deriva do conetivo, daí a denominação de Fibroma perineural. Uma terceira corrente acha que, tanto as células do neurilema, como as células conetivas, participam da formaçoã do tumor. Finalmente, BOGLIOLO (5) defendeu a idéia da origem mesenquimatosa do tumor, propondo, aliás, a designação de angioblastoma ou de fibroangioblastoma. A histogênese dêsse tumor está ainda por esclarecer, visto que as células de Schwann e os fibroblastos não podem ser diferenciados pelos métodos histológicos atuais.

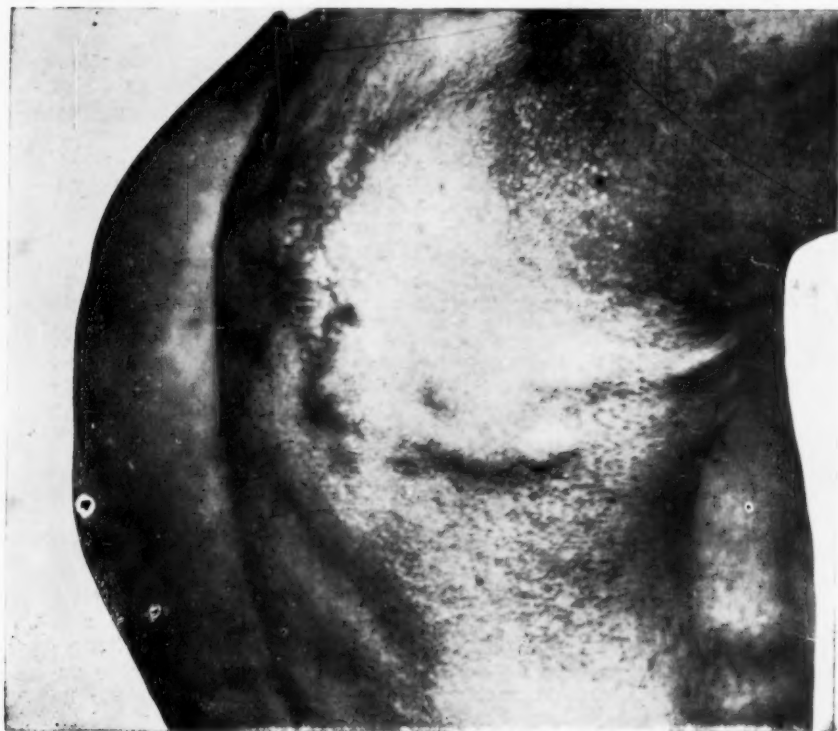



Fig. 1 — Tumorações na região axilar e do omoplata (as manchas pigmentadas são devidas a Pitiriasis versicolor)

Finalmente queremos salientar os fatos referidos no início da observação, isto é, a ausência de referência a êsse tipo tumoral nos livros de dermatologia, e as suas características pouco comuns.

RESUMO

É apresentado um caso de *Neurinoma cutis* ou Fibroma perineural, tumor de rara freqüência e a propósito de cuja histogênese são feitas breves considerações.

SUMMARY

An unusual case of Neurinoma or Peri-neural Fibroma is presented.

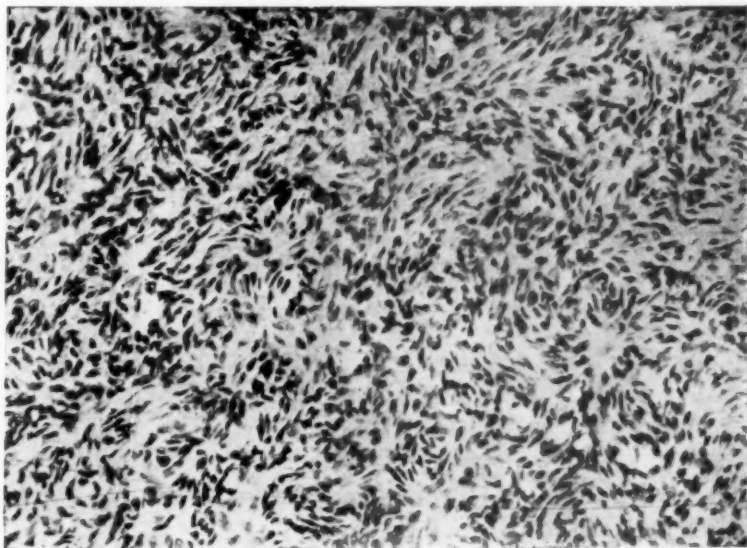



Fig. 2 — Quadro histológico bem definido, com as células de núcleos alongados, formando paliçadas, turbilhões ou redemoinhos.

CITAÇÕES

1 — Bogliolo, L.: Os assim chamados neurinomas (ângio-fibro-blastomas; fibro-blastomas) com especial referência ao ângulo ponto-cerebelar. *Resenha Clinico-Cientifica*, 12:227,1943.

2 — Masson, P.: Experimental and spontaneous schwannomas (peripheral gliomas) *Am.J.Path.*, 8:367,1932.

3 — Murray, M.R. and Stout, A.P.: Schwann cell versus fibroblast as the origin of the specific nerve sheath tumor. *Am J. Path.*, 16:41,1940.

4 — Tarlov, I.M..: The origin of perineural fibroblastoma. *Am.J.Path.*, 16:33,1940.

5 — Bogliolo, L.: Sôbre a fina estrutura e a verdadeira, natureza dos chamados neurinomas (angioblastomas-fibro-angioblastomas). *Rev. de Neurol. e Psiquiatria de S. Paulo*, 9:223, 1943.

Endereço dos autores: rua Tefé, 356 (São Paulo)

Quadro clínico invulgar de leishmaniose tegumentar americana

D. Peryassú e Ferdinando da Silveira

Não temos o desejo de apresentar uma monografia sôbre o tema de leishmaniose tegumentar americana, assunto já bastante conhecido e trabalhado entre nós por autores consagrados.

Limitar-nos-emos a relatar um caso clínico anormal e de evolução invulgar.

Doente J.F., examinado em 13-8-53, na Clínica Dermatológica do I.A.P.I., masculino, com 22 anos de idade, pardo, natural do Estado do Rio, pedreiro e residente à Praia do Pinto n.º 654.

Natural de Campos, migrou para o Distrito Federal há 5 anos. O paciente informa que, ao chegar a esta Capital, já apresentava algumas das lesões ora existentes e atualmente em parte cicatrizadas. Durante estes 5 anos de doença, suas lesões evoluiram até atingir a extensão atual. Vários têm sido os tratamentos feitos, sem contudo obter qualquer melhoria.

LOCALIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DAS LESÕES. Sôbre a face lateral interna da coxa direita, atingindo para baixo a prega poplitéia, para trás a face posterior da coxa e para cima o polo inferior da nádega correspondente, encontra-se grande área "en nappe", de tonalidade mais clara que a da pele normal vizinha, dentro da qual se notam, em distribuição irregular, conjunto de úlceras semelhantes entre si, entretanto de configuração irregular e de dimensões variáveis, indo de alguns milimetros a 10 cms., de diâmetros em seu maior eixo (figs. 1 e 2). Em virtude do aspecto comum, apresentado pelas lesões dêste quadro, descrevê-los-emos em conjunto.

a) *Bordos*: regularmente traçados, policiclicos, constituidos de epiderme túmida, mostrando granulações moriformas marginais.

b) *Fundo*: aplanado, mais baixo que a pele vizinha e constituído de botões carnudos de tom vermelho vivo, entremeado de exsudato sero-purulento de tom branco, acinzentado ou amarelado. Aqui e ali, nitidos focos de supuração de côr amarelada.

c) *Base*: edemaciada e dando, à palpação, a sensação de firmeza.

d) *Prurido*: em conseqüência desta manifestação subjetiva e dos traumatismos decorrentes, as lesões sangram com facilidade.

Sôbre a face lateral interna, localizadas em seu têrço superior, várias cicatrizes fibrosas e discrômicas (acromia e hipercromia), que se insinuam entre as úlceras.

Trabalho da Clínica Dermatológica do I.A.P.I. e do Departamento de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro.

ORIENTAÇÃO DIAGNÓSTICA. Êste quadro lembra, ao primeiro exame, o aspecto apresentado pelo granuloma venéreo. Não menos interessante é a sugestão de que se possa tratar de cancro venéreo fagedênico. Foi com êste espírito que orientamos as pesquisas elucidativas do diagnóstico, e, assim sendo, procedemos à realização dos seguintes exames de laboratório:

Sorologia: Wessermann, negativo; Kahn, negativo; Kiline, negativo (13-8-53).

PROVA DE AUTO-INOCULAÇÃO: 13-8-53, negativa, com 24 horas, mantendo-se a negatividade da prova até 17-8-53. Esta prova foi realizada escarificando-se a pele com estilete cortante e apondo-se, sôbre a zona de escarificação, o pús dos bordos progressivos das lesões. Uma vez procedida a inoculação, foi a região coberta com vidro de relógio.

BACTERIOSCOPIA: pesquisa de bacilus hemophilus de Ducreyi — negativa em 13-8-53. Pesquisa de Kalimato bacterium granulomatis, negativa (13-8-53) Na preparação destinada à pesquisa de Kalimato bacterium foram encontradas numerosas leishmânias intra e extracelulares.

REAÇÕES IMUNO-BIOLÓGICOS: reação de Ito-Reenstierna, negativa com 48 horas e com 96 horas; reação de Montenegro, positiva franca com 48 horas em aos 5 dias.

HISTOPATOLOGIA: Pc.498, da Policlinica Geral do Rio de Janeiro. Leishmaniose. (a.) H.Portugal.

COMENTÁRIOS

Foi com a mais absoluta surpresa que encontramos, ao exame do "frotis" de lesões, uma riqueza fora do comum de leishmânias. Procurávamos os corpúsculos de Donovan e logo aos primeiros campos deparamos com o protozoário em questão. Êste achado mudou o

diagnóstico, que teve, ulteriormente, sua confirmação no estudo histológico, gentilmente feito pelo Prof. H. Portugal.

O caso em aprêço merece destaque pelas razões que vamos ponderar:

a) aspecto invulgar das lesões de leishmaniose com uma evolução prolongada de mais de 5 anos e que, apesar de sua estrutura tuberculóide, mostrava riqueza de parasitos;

b) semelhança do quadro dermatológico com o aspecto apresentado pelo cancro venéreo fagedênico, e, sobretudo, com as lesões do granuloma venéreo.

Se, em relação ao cancro venéreo fagedênico, havia a assinalar a falta de continuidade das lesões que se mostravam irregularmente disseminadas, dando mais a impressão de auto-contaminação que de

progressão fagedênica, forçoso é notar que, para confirmação do diagnóstico de granuloma venéreo, faltou apenas o achado dos corpúsculos de Donavan.

A julgar pela extensão das lesões, o aspecto edemaciado da pele sôbre a qual se instalou o processo, a par de sua hipocromia, e, bem assim, a descontinuidade das lesões assinaladas, aceitamos, para o presente caso, sua propagação por via linfática, mais que pela autocontaminação.

Endereço dos autores: av. Copacabana 664, ap. 903 (Rio)

Nodosidades juxta-articulares, bursites, ceratodermia palmo-plantar, em paciente com história de framboésia

Heitor de Oliveira Cunha

Ao publicar um caso notável de nodosidades juxta-articulares, os seguintes comentários têm valor:

1.º) As N. J. A. constituem uma bastante vasta síndrome objetiva, que mais de uma dezena de etiologias pode explicar, valendo como outras tantas causas imediatas e específicas. Tal é o caso das N. J. A. que a um exame mais detido se verifica ser nódulos de gôta (única e calcárea), dermatite atrófica de Pick Herxheimer, condromas, lipomas, fibromas peri-articulares, nódulos de Heberden, lipomas, nódulos da oncocercose, hematomas (em parte calcificadas), lepromas juxta-articulares, goma tuberculosa e muitas outras (em todos êsses casos a histologia patológica demonstra, ao nível da N. J. A., as lesões específicas próprias da moléstia causal presente;

2.º) Restam casos das N. J. A. de natureza definidamente não específica, e para os quais então está justificada a denominapão de nódulo de Lutz. (O sábio brasileiro foi o primeiro que descreveu em 1895, e, mais tarde, JEANSELME, em 1900). Trata-se de N. J. A. cuja histologia patológica assume aspecto reumatóide, incluindo necrose fibrinóide, lesões vasculares, involução fibrosa às vêzes maciça, sendo ausentes quaisquer lesões específicas atribuíveis aos clássicos granulomas infectuosos e nos quais a nova terapêutica específica resulta em definido fracasso;

3.º) Fato curioso é que o nódulo de Lutz possa surgir mais especialmente no curso das treponematoses, sífilis, framboésia, pinta e da artrite reumatóide (reumatismo nodoso). Curioso ainda que o N. L. seja tão raro no curso da sífilis *européia*, ao contrário do que ocorre nas zonas tropicais, que N. L. seja tão freqünte e em certas áreas endêmicas de framboésia e ausentes noutras (por ex.: no Brasil e na África Ocidental Francêsa), enfim que em tôda parte o N. L. compareça na artrite reumatóide, enquanto que na febre reumática os curiosos nódulos de Meynet são especialmente característicos na moléstia infantil.

Trabalho apresentado à Soc. Brasil. de Dermat. e Sif., em 25-3-1953.

4.°) Por todos êsses motivos, e comentando precisamente êste nosso caso, cabem aqui estas palavras do Prof. F. E. Rabelo (An. brasil. de dermat. e sif. 28:141 (jun.), 1953:

"Pensa que, com respeito à velha questão de decidir sôbre sífilis e framboésia durante as fases tardias, estamos agora em 1953 como em 1933, isto é, inexistência de diferenças definidas. Outra coisa é decidir no caso concreto; aqui tôdas as particularidades falam em favor da framboésia — a procedência do caso, a história, a queratodermia, as bursites múltiplas. O traumatismo pode ser um fator pelo menos adjuvante, como em um caso de Portugal e Rabelo, em que a nodosidade resultou de um hematoma. Já apenas o traumatismo não poderá ser uma explicação, *nem mesmo talvez as próprias treponematoses*; elas também necessitariam talvez de condições personalíssimas, tal como um terreno reumático. Seriam formas marginais entre as lesões específicas clássicas das treponematoses, e as lesões inespecíficas da "*série reumática*".

OBSERVAÇÃO

Florentino Faustino, brasileiro, de 51 anos, preto, viúvo, ferroviário, residente em Três Irmãos.

Motivo da consulta: lesões nodulares duplas junto às articulações do cotovelo, na face posterior ou superfície de extensão dessas articulações.

História da moléstia: há 15 anos feriu-se com uma pedra, no terço inferior da perna direita, junto à crista da tíbia, resultando uma exulceração e, após

cicatriz branca e macia. Há 10 anos, percebeu, no cotovelo direito, um carocinho (sic), que foi crescendo, até atingir o volume atual. Seguiram-se outros nódulos, com o mesmo aspecto evolutivo, no cotovelo esquerdo, bem como junto das articulações dos joelhos.

Antecedentes mórbidos familiares e pessoais: não há caso idêntico, na família do paciente. Moléstias eruptivas da infância, sim; tuberculose e lepra, não.

Antecedentes alérgicos: não.

Aantecedentes venéreos (inquérito sôbre sífilis na família): tem 5 irmãos com saúde e 1 falecido já adulto.

Inquérito individual: corrimento purulento, sim (gonorréia); erosão ou ulceração (moléstia venérea anterior), não.

Adenite inguinal: gânglios aumentados.

Reações sorológicas: Kahn e Kline, positivas. Em 30-3-53, reação quantitativa de fração do complemento (Maltaner Y.Y.S.D.H.). Reação de Kahn Standard, positiva. Reação de micro-floculação (V.D.R.L.), positiva.

Fenômenos gerais: reumatóide. Não houve erupção nem teve febre. Tratamento nulo.

Exame dermatológico (descrição e localização das lesões ativas, residuais e de outras modificações): apresenta, junto das articulações dos cotovelos, duas nodosidades volumosas, uma maior do que a outra (4 x 5 cms), dando o aspecto de gibosidade de camelo. Nas articulações dos joelhos, duas nodosidades salientes, uma de cada lado. São de consistência dura, tamanho de um pequeno ovo de galinha, móveis, simétricas e indolores. Uma radiografia mostra que não há comprometimento dos ossos do antebraço. Lesões de bursite, com saliência papulosa nas articulações do punho e queratodermia nas regiões palmo-plantares.

Exame clínico (feito no serviço do Prof. E. Magalhães Gomes): radioscopia: coração, discreta hipertrofia concêntrica, ventricular esquerda; *vasos da base*: ectasia cilíndrica da aorta; *pulmões* de transparência normal.

Radiografia (5-6-53): exame do tórax, normal.

Exames de Laboratório: exame do líquor (Dr. Rubem D. Azulay, em 28-4-53).

Citometria: 5 células p/mm3; proteínas totais, 20 mg.

Reações das globulmias: Pandy, negativa; Weichbrodt, negativa; Ross-Jones, negativa; Nonne-Apelt (1.ª fase), negativa.

Reação de benjoim coloidal — 00000 — 02210 — 00000 — 0.

Reação de Wassermann, negativa.

Reações sorológicas (após tratamento específico em 1-6-53): Reação quantitativa de fixação do complemento (Maltaner N.Y.S.D.H.) — Título 140.0. Reação de Kahn Standard, positiva. Reação de micro-floculação (V.D.R.L.), positiva.

Hemogramas (17-4-53): Leucócitos por mm3: 6.100; Basófilos: 0; Eosinófilos: 21; Neutrófilos: Mielócitos, 0; Formas jovens, 0; Núcleo em bastão, 1; Núcleo sedimentado, 56.

Linfócitos: 16.

Monócitos: 6.

Observações: hipocromia, anisocitose, pecilocitose apreciáveis — Policromatofilia moderada.

Exame histopatológico (Prof. H. Portugal): nodosidades juxta-articulares.

Diagnóstico: nodosidades juxta-articulares, bursite, ceratodermia plantar em paciente com história de framboésia.

Tratamento: o paciente foi internado na 11.ª Enfermaria da Santa Casa, Serviço do Prof. F. E. Rabelo, onde fêz o seguinte tratamento: 6.000.000 u. de penicilina e 18 inj. de bismuto (Natrol e Octilan).

Os nódulos tornaram-se mais moles, menos fixos e com pequena redução de volume; por fim, foram retirados cirùrgicamente.

RESUMO

Um caso notável de nodosidades juxta-articulares nos cotovelos e joelhos com bursite e ceratodermia palmo-plantar, em paciente com história de framboésia. São estudadas as etiologias da moléstia, sobretudo o nódulo de Lutz, que pode surgir no curso das treponematoses (sífilis, framboésia, pinta) e na artrite reumatóide.

SUMMARY

The author studies a remarkable case of juxta-articular nodosities of the elbows and knees, bursitis and *Keratodermia palmaris* et *plantaris* in a patient with past history of framboesia.

The etiology of the disease is reviewed and emphasized that Lutz's nodules may show up in the evolution of the treponematosis (syphilis, framboésia, pinta) and rheumatoid arthritis.

Endereço do autor: rua Conde de Bonfim, 423 (Rio)

Caso de lupus vulgar

R. D. Azulay e O. Serra

A publicação detalhada dêste caso parece-nos imperativa por duas fortes razões: 1) a extrema raridade de lupus vulgar entre nós; 2) o desaparecimento completo das lesões pela hidrazida do ácido iso-nicotínico.

Quanto ao primeiro ponto já de há muito os dermatologistas brasileiros sabiam da baixa incidência do lupus vulgar entre nós; coube, entretanto, a E. RABELO (1) fazer demonstração estatística do fato no seu relatório apresentado ao VIII Congresso Internacional de Dermatologia e Sifilografia, realizado em Copenhague, em 1930. Nesse trabalho, E. RABELO serviu-se de dados seus e das várias clínicas dermatológicas brasileiras, como as de PARREIRAS HORTA e RAMOS E SILVA (Rio), A. PUPO e ROSSETI (S. Paulo), FLAVIANO SILVA (Bahia), A. ALEIXO (M. Gerais), A. DA MATA (Amazonas), A. LEITÃO e ABEN-ATHAR (Pará), JORGE LOBO (Pernambuco), SABÓIA (Curitiba) e NONOHAY e BASSEVITZ (Rio Grande do Sul). Nesse trabalho fica demonstrada, entre outros fatos, a raridade do lupus vulgar entre nós. Recentemente, em 1947, W. DE ABREU (2) retomou o assunto, verificando que, em 25 anos de trabalho da Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Faculdade Nacional de Medicina, da Universidade do Brasil, foram fichados apenas 13 casos de lupus vulgar. O caso presente representa, pois, o 14.º caso dessa Clínica; chama-se a atenção para o fato de que êste é o primeiro caso a partir da estatística de W. DE ABREU, em 1947.

Poucos têm sido, entre nós, os trabalhos sôbre lupus vulgar. Há a referir, ùltimamente, o de RAMOS E SILVA (3), o de C. MASCARENHAS DE MEDEIROS (4) e o de R. N. MIRANDA (5). É possível a existência de outros, porém não os encontramos na busca bibliográfica que fizemos.

Outro ponto de fundamental interêsse é o rápido desaparecimento das lesões pela hidrazida do ácido-iso-nicotínico; êste fato é muito

---

Trabalho realizado na Clínica Dérmato-Sifilográfica (Prof. F. E. Rabelo) da Faculdade Nacional de Medicina, da Universidade do Brasil.

R. D. Azulay: Docente-livre das Faculdades Fluminense de Medicina, Nacional de Medicina e de Ciências Médicas.

O. Serra: Assistente da Clínica Dérmato-Sifilográfica da Faculdade Nacional de Medicina.

animador, sobretudo para certos países europeus, onde a incidência do lupus vulgar é muito alta. É verdade que o lupus vulgar, sobretudo por ser doença deformante, constituiu sempre um seríssimo problema, em virtude da inexistência de terapêutica eficaz até 1943, quando, com o seu trabalho, CHARPY (5) conseguiu a cura do lupus vulgar, ao fazer uso do calciferol em altas doses. Desde essa época para cá, surgiram novos medicamentos eficazes, tanto antibióticos (estreptomicina e di-hidro-estreptomicina), como quimioterápicos (ácido para-amino-salicílico, tiossemicarbozonas e a hidrazida do ácido isonicotínico), enriquecendo-se, assim, o arsenal terapêutico da tuberculose.

A resposta terapêutica do nosso caso foi realmente espetacular, pois, em 45 dias de tratamento, com a dose diária de 300 mg de hidrazida do ácido iso-nicotínico, as lesões de lupus vulgar, datando de 52 anos, desapareceram completamente.

A fim de que fique bem documentado o caso, passaremos a relatar a sua observação.

OBSERVAÇÃO

Ficha 2.996, da Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Faculdade Nacional de Medicina (Serviço do Prof. F. E. Rabelo). Data: 13-10-52.

Identificação: Jorge J. C., 52 anos, masculino, branco, natural do Distrito Federal, comerciário, casado, residente em Engenho Novo.

Antecedentes mórbidos familiares e pessoais: mãe falecida aos 75 anos de idade, com tumor de fígado, e, o pai, aos 92 anos. Teve 9 irmãos, dos quais 5 morreram de causa ignorada. Nega tuberculose na família. Teve blenorragia e é portador de asma há mais de 30 anos.

História da moléstia atual: diz que sua doença se iniciou aos 6 meses de idade, segundo informações de sua mãe. A lesão, situada na região glútea, teve um progresso lento e pràticamente não o incomodava; teve ainda lesões idênticas em um dos braços e nas coxas. Não obstante inúmeros tratamentos anteriores, a lesão da nádega cresceu lentamente, de maneira centrífuga, enquanto que as do braço e das coxas cicatrizaram, sem saber com que terapêutica. Desiludido com os tratamentos ineficazes, abandonou, há 38 anos, tôda a idéia de tratamento.

Motivo da consulta: foi-nos enviado pelo protologista, com o diagnóstico de fissura anal, a qual só seria operada depois do diagnóstico da dermatose da região glútea.

Descrição dermatológica: abrangendo tôda a região glútea, e avançando pela região posterior de ambas as coxas, observa-se uma grande lesão circinada, cuja área de inscrição apresenta-se atrófica e cicatricial e cujas bordas são tuberosas e de tonalidade castanho-escura; encastoada na área atrofo-cicatricial, há ilhotas de lesões tuberosas idênticas à borda ativa da lesão.

Na face interna de ambas as coxas, e também no antebraço direito, observa-se a presença de lesões atrofo-cicatriciais com as mesmas características da anterior, porém, sem o menor sinal de atividade.

Aparelhos e sistemas: gânglios de volume e consistência normais. Ausência de alterações em outros sistemas e aparelhos.

Exames realizados: 1) *inoculação em 3 cobaios com triturado de pele da borda da lesão*: um dos cobaios apresentou um quadro de tuberculose evolutiva; foi obtida cultura de *M. tuberculosis*, a partir do cobaio.

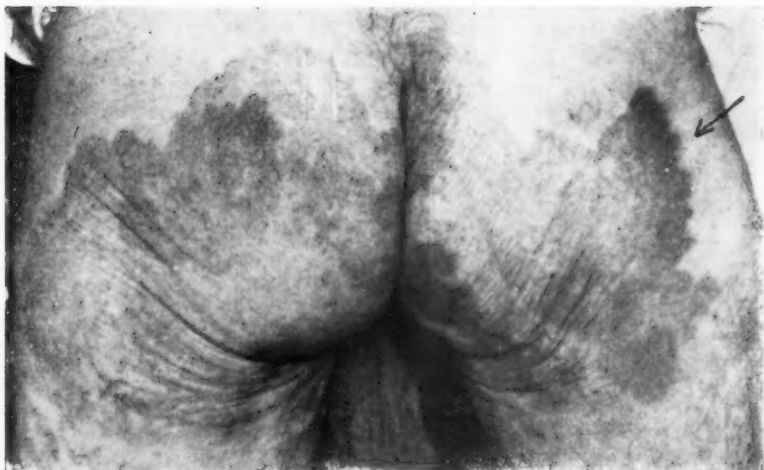



Fig. 1 — Fotografia tirada após 25 dias de tratamento. Ainda se vê uma área (seta) em atividade, pois o restante mostra apenas a involução cicatricial da lesão sob a ação da hidrazida. Infelizmente, extraviou-se a 1.ª fotografia (antes do tratamento), que mostrava a atividade de tôda a borda da lesão.

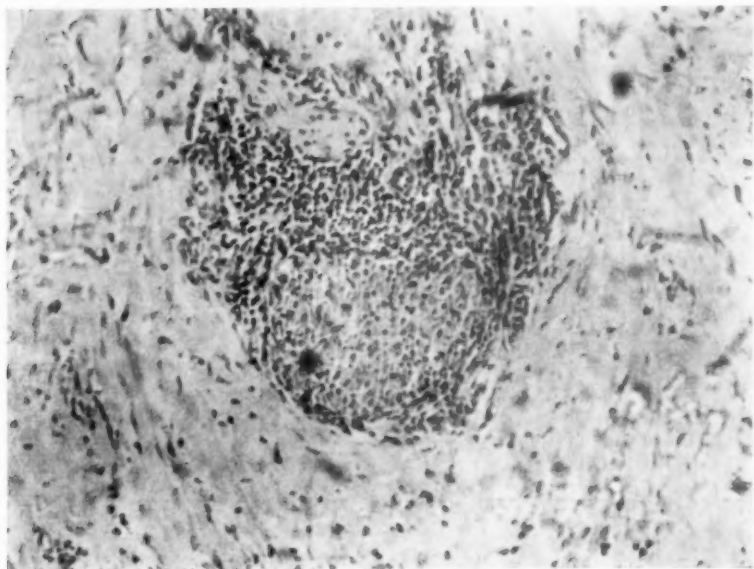



Fig. 2 — Pele da lesão da região glútea: nódulo tuberculóide constituído por células epitelióides centrais e linfócitos periféricos

Histopatologia: a epiderme apresenta discreta atrofia em alguns pontos; no derme, observa-se um infiltrado em nódulos e cordões constituido fundamentalmente por células epitelóides centrais e linfócitos periféricos; em alguns, há células gigantes tipo Langhans. Não foram encontrados bacilos álcool-ácido-resistentes nos cortes.

Evolução e tratamento: inicio do tratamento em 30-10-52, com 300 mg de hidrazida do ácido iso-ninicotínico. Com 45 dias de tratamento (13.5 g da droga), houve resolução completa da lesão.

Até o presente (30-6-53), permanece o mesmo resultado.

SUMÁRIO

Os A. A. relatam a observação completa de um caso de lupus vulgar (inoculação positiva em cobaio), tratado, com sucesso, pela hidrazida do ácido iso-nicotínico (300 mg por dia, durante 45 dias). Chamam ainda a atenção para a raridade do lupus vulgar no Brasil, sendo êste o 14.º caso da Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Faculdade Nacional de Medicina, da Universidade do Brasil (Serviço do Prof. F. E. Rabelo), no período compreendido entre 1920 e 1953.

CITAÇÕES

1 — Rabelo, E.: A tuberculose cutânea; sua incidência em algumas regiões da América do Sul. Brasil-méd., 1:(2-jan.),1932.

2 — Abreu, W. de: trabalho a ser publicado.

3 — Ramos e Silva, J.: Estudos sôbre tuberculose cutânea. V — Lupus tuberculoso da face. Hospital, Rio de Janeiro, 11:1(maio),1937.

4 — Mascarenhas de Medeiros, C.: Lupus tuberculoso. An. brasil. de dermat. e sif., 21:323(dez.),1946.

5 — Miranda, R. N.: Lupus vulgar tratado pela vitaminoterapia. Med.-cir.-farm., 201:43,1952.

Endereço do autor: rua 5 de julho, 218 (Rio)

Artigos especiais

Conceituação clínico-biológica das eczematizações

F. E. Rabello

Sôbre o tema que me coube, — a conceituação clínico-biológica das eczematizações, — direi que haverá sempre duas maneiras de expor a questão do "eczema". Uma dessas modalidades é a investigativa pura, com base nas experiências feitas no animal de escolha para o eczema, que é o cobaio, e, quando no homem, com um instrumento interpretativo eletivo que a a reação epicutânea, também chamada *patch-test*.

Já sabemos como pode ser fecunda essa maneira de deslindar o problema, depois de tudo quanto vimos trabalhado desde as observações inaugurais de J. JADASSOHN (1895-1900-1923), e, a seguir, pelos seus discípulos B. BLOCH, G. MIESCHER e tantos outros.

O que eu hoje vou tentar aquí é uma segunda modalidade, é a modalidade que eu denominei, na falta de melhor, de clínico-biológica, na qual nós partimos do doente, no doente estabelecemos a presença de uma síndrome objetiva, ainda um tanto vaga, mas suficientemente diagnóstica, de uma eczematização, e, nesta base, partimos para a investigação da causa, tentando, assim, já no limiar da investigação etiológica, chegar à identificação de síndromes clínicas dentro daquela grande síndrome objetiva que constituiu o ponto de partida semiológico.

Em qualquer das duas modalidades de estudo do problema, a missão do expositor é trazer claridade, o máximo que êle puder, o quanto estiver nas suas fôrças, levando em consideração o número de incógnitas nessa questão.

Por outro lado, nós temos que manter sempre contacto com o doente, porque, como é óbvio, as idéias e os fatos valem em dedicina quando, e si conduzem a sanções de ordem prática no terreno do alívio do doente, o tratamento adequado.

Lição proferida no Curso de Eczematizações, dado sob os auspicios da Sociedade Brasileira de Alergia e da Clínica Dérmato-Sifilográfica Universitária — Rio de Janeiro, 1953.

Preliminarmente, tentaríamos uma definição de eczematização, no seu mais amplo sentido. Damos o nome de eczematizações a um conjunto de dermatoses caracterizadas por uma inflamação do parênquima cutâneo, uma inflamação exsudativa e serosa do parênquima cutâneo microscòpicamente monomorfa, entretanto clìnicamente dotada de um certo polimorfismo, visto que além do dado subjetivo muito importante, que é o prurido, esta vasta síndrome objetiva se acompanha ou se traduz por eritema, vesícula, pápulo-vesícula, escamas sôbre eritema, ressudação, umidade, crôstas e liquenificação.

Desde logo convém mostrar aquí a área em que se estabelece o terreno em que se firma e decorre o processo patológico da eczematização, e que nós, com Kromayer (1896), denominamos de parênquima cutâneo.

Veja-se agora êste parênquima cutâneo, ou seja o conjunto constituído pelas diversas camadas da epiderme (córnea, lúcida e granulosa, espinhosa, a basal) e mais o corpo papilar, onde são componentes do parênquima as alças capilar ou venosa, arteríolo-venosas que sobem em cada papila, presentes em cada uma delas, juntamente com finíssimas fibras colágenas, numerosas fibras elásticas, a delicada e espessa trama de fibrilas reticulares — enfim discreto número de células. Tal é "o território da eczematização", como bem o denominou Besnier (1900) e que coincide com a noção de parênquima cutâneo.

Uma vez definida a síndrome objetiva e situado o seu substrato na pele, podemos, agora, tentar a demarcação da síndrome objetiva, o que se pode conseguir da seguinte maneira: primeiro, mostrando o que ela abrange; em segundo lugar, mostrando o que dela se deve eliminar.

O que abrangem as síndromes objetivas da eczematização ? Principalmente dois grupos de fatos: um primeiro grupo constituído por epidermidoses serosas de que são tipos eczemas devidos a contactantes, micróbios e parasitos; um segundo grupo, de dermatites exsudativas de que são exemplo os eczemas especialmente caracterizados pela embebição serosa dérmica e pelo prurido intenso, persistente e acessional. Intenso porque é muito forte; persistente porque é tenaz e acompanha, de princípio a fim, a evolução da moléstia; acessional porque tem essa característica paroxística de vir por acessos. São os prurigos eczematóides. Êste último grupo é muito importante porque é êle que demarca as fronteiras entre as eczematizações e outros processos gerais, "dermatites" pròpriamente ditas.

Aquí entramos no terreno daquilo que se deve eliminar do eczema, que vem a ser: em primeiro lugar, os "eritemas", onde se vê clìnicamente uma vermelhidão, nada mais e ao microscópio uma epiderme íntegra e uma infiltração celular, que às vêzes é conspícua; em segundo lugar, a "urticária", que também não se deve confundir com eczema; aquí novamente a epiderme é íntegra, também já a ôlho nu como ao microscópio; a infiltração ao microscópio e clìnicamente mínima ou virtual, o edema dérmico às vêzes imponente, grande, extensivo, podendo surgir isolado "edema de Quincke"; havendo a notar

prático confundir as duas coisas: chamar de urticária ou edema de Quincke às formas de eczema eventualmente edematosas, enquanto que o contrário, em geral, não se verifica.

Aqu, ainda, as "eritrodermias". O que é uma eritrodermia ? Damos êsse nome a uma pan-dermatite, a uma inflamação que do ponto de vista clínico se caracteriza por uma vermelhidão intensa, vesiculação, crostificação, umidade, prurido acessional, que se estende dos pés à cabeça, e que se pode considerar não simplesmente como uma eczematização, mas como algo de muito mais violento, de muito mais extenso, caracterizado, inclusive, pela universalidade e pela persistência às vêzes larga do processo.

Finalmente, são ainda "eczematizações" — e muitos empregam o têrmo nesta acepção — *estados eczematizados* da pele, oriundos da irritação dela pela ação da raspagem da unha (liquenificações, mais raramente psosíase), de infecção secundária (piodermites em geral, sicose).

Todos casos em os quais a eczematização surge como episódio morfológico, *sem nenhum conteúdo* funcional ou biológico de verdadeiro "eczema".

Aquí é a ocasião, quando estamos fazendo ainda a demarcação da síndrome objetiva da eczematização, de acentuar *as diferenças fundamentalmente importantes entre as posições antigas e a atitude atual dos investigadores neste terreno*. No fundo, a diferença fundamental é a seguinte: é que os diversos autores, desde o século XIX, particularmente Louis Brocq e Ernest Besnier, pensavam ser possível uma análise suficientemente clara e científica do eczema, ùnicamente em face daquilo que a gente pode colher sôbre o doente, na base de um exame minucioso, verdadeiramente meticuloso, infelizmente apenas morfológico, da síndrome objetiva. Isso é uma impossibilidade, porque, conforme eu estive propondo, isso significa, apenas, uma etapa na marcha do diagnóstico das eczematizações, é a etapa morfológica, a etapa da síndrome objetiva, quando nós procuramos identificar no doente um conjunto de manifestações suficientemente preciso para o diagnóstico de eczematização, mas ainda insufiente para a determinação da causa ou causas, agindo etiològicamente no caso concreto.

Em conseqüência, o que faltou a Brocq e Besnier, conquanto êles tenham feito muito nesse sentido, foi aquilo que Jadassohn propôs como critério geral em 1895, a saber o *critério funcional*. Interrogaremos então a pele do doente, na base de certas reações que já se pode obter pela aposição simples, escarificação ou injeção de substâncias várias, esperando daquela pele *uma resposta* tal ou qual, *em tempo* adequado, conforme se verá aquí amplamente explanado, posteriormente, quando se tratar disso.

Dentro dêsses preceitos, então, se pode pensar em fazer a sistemática das eczematizações, tentar uma divisão mesmo, uma conceituação das formas clínicas das eczematizações.

Aqui, então, como eu disse, temos duas etapas. Na primeira etapa, nós nos contentamos em dizer: *é uma eczematização*. Nessa etapa o

bem em todo êste grupo, que inclui eritema, urticária, edema de Quincke, uma epiderme íntegra. E' muito comum ver-se o clínico diagnóstico é simplesmente morfológico. Ainda não nos socorremos, porque ainda não é tempo, dos critérios funcionais, nem siquer fizemos essa coisa capital no diagnóstico das eczematizações, que é a anamnese meticulosa, persistentemente tomada em diferentes ocasiões, durante o tempo de observação do doente, etc.

Nessa primeira etapa, podemos distinguir aquilo que tão bem viram os antigos: três grandes tipos objetivos de eczematização. Ela pode estar bem à vista, conquanto amorfa, melhor do que polimorfa, porque se misturam em grande desordem todos êsses elementos eruptivos que mencionei aquí há pouco: vesículas, escamas, crostas, etc., e até alguma liquenificação (eczematização franca). A eczematização mascarada, eritêmato-escamosa, em que não há umidade evidente, mas onde já o gênio de BROCQ, através da curetagem metódica, descobriu a vesiculação histológica e o microscópia ia confirmar mostrando a existência de vesículas, micro-vesículas no corte histológico; freqüentemente essas lesões aparecem em medalhões, segmentos de arco, círculos fechados, como verdadeiros anéis, vermelhos e escamosos: é o que se chama o tipo eczematide. E, finalmente, em outro tipo objetivo vemos a umidade surdir em pequenas gôtas ao nível de pápulo-vesículas que irrompem onde assenta a vesícula: é uma pápula com uma vesícula no seu ápice; e, então, de muitos dêsses elementos irrompem pequenas gotículas de serosidade: é o eczema pápulo-vesiculoso, que tem uma grande tendência para formar, também, discos, mas discos maiores, relativamente maiores que os discos da eczematide e acentuadamente mais exsudativos no sentido às vêzes francamente urticariano. Às vêzes há uma verdadeira fase urticariana. Êsses elementos se reunem para formar aquilo que se chama lesões numulares, e daí o nome de eczema numular que muitos dão a essa forma objetiva.

Isso corresponde a tudo quanto se pode obter na primeira etapa diagnóstica, a revelação de uma grande síndrome objetiva redutível a três tipos objetivos principais: o eczema amorfo, o eczema em discos vermelhos escamosos, tipo eczematide, e o eczema pápulo-vesiculoso com tendência marcada para numularização, a formação de placas em forma de moeda e aspecto tricofitóide.

A segunda etapa compreende algo de muito mais importante e que se tornou possível, depois do advento dos trabalhos de JADASSOHN, em 1895: é a recondução dêsses aspectos objetivos à diagnose, à determinação de certas síndromes clínicas, e vamos rever êsses aspectos morfológicos, agora, em conexão com certos dados colhidos na anamnese do doente e ao exame funcional do paciente, muitas vêzes na verdade a um exame integral do paciente (diagnóstico da síndrome clínica).

Para êsse caso particular, o conferencista de hoje oferece como divisão provisória a seguinte:

Primeiro grupo, eczema de contacto. *Segundo grupo*, eczema-prurigo. *Terceiro grupo*, eczema seborróide. *Quarto grupo*, eczema microbiano ou infectuoso. Os dermatologistas, quando substituem, na

palavra "prurido" a letra *d* pela *g*, significa que é um prurido acompanhado de algo que se vê sôbre a pele, lesões em geral exsudativas, pápulo-vesiculosas, no eczema seborróide, conforme os srs. vão ver, trata-se de uma eczematização que se estabelece com seus discos vermelhos escamosos sôbre áreas, terrenos pilosos e seborrêicos. Na verdade, êsse é um eczema "seborroicorum", quer dizer, o eczema dos indivíduos já portadores de seborréia.

Moro (1929-1933), nos seus trabalhos sôbre eczema infantil, também propõe o nome de "dermatite seborróide", e Tachau, da escola de Jadassohn, chega mesmo a chamar não de eczema mas de "psoriasóide" a êsses eczemas, que Brocq, por sua vez, chamava de "paraqueratoses psoriasiformes", devido às grandes afinidades dessas formas com o psoríase (para os autores norte-americanos: "dermatite seborrheica").

Estou apresentando aquí, por conseqüência, dentro dêste confuso quadro objetivo e muito vasto das eczematizações, com seus três aspectos objetivisos que hoje nada nos dizem de definido, uma divisão, uma tentativa de planificação dêsse terreno enorme, reconduzindo tudo a 4 síndromes clínicas que pretendo, se possível, deixar bem definidas aqui hoje, tanto quanto possível: o eczema de contacto, o eczema seborróide, o eczema-prurigo e o eczema infectuoso (êste, não raro, também como combinação ou complicação). Vamos, entretanto, discutir essa preliminar, discutir essa divisão proposta, para saber se vale a pena basear tôda a nossa exposição nessa divisão.

Aqui se coloca, então, a pergunta seguinte: será legítima uma divisão dêsse tipo ? Haverá tantos fatos intermediários entre êsses diversos grupos e com tal importância clínica que sejam capazes de derrubar essa divisão ? Encontra-se, por acaso, a partir da síntese de Brocq, por exemplo, a última, em 1925, no desenvolvimento mundial do assunto, em algum lugar observações de tal ordem que sejam capazes de tornar absurda a apresentação do problema dessa maneira ? Eu responderia que não. Na verdade, dá-se justamente o contrário, e um rápido inquérito mundial, de 1925 ao tempo presente, revelaria até um fato a nosso favor de que de fato existe um certo acôrdo nesse momento em que êsses 4 tipos representam, realmente, 4 formas mais ou menos definidas de eczema.

Entretanto, há descritos outros tipos, alguns antigos, outros modernamente descritos, e como desejo não deixar na sombra fatos que possam ser tidos como capazes de tornar ilegítima essa minha posição, então os vou ràpidamente lembrar. Por exemplo, para lembrar, desde logo, um fato concreto, que está todo dia diante dos olhos do médico prático: o chamado "eczema varicoso". Todo mundo viu e já diagnosticou na sua clínica, na sua prática, em indivíduos em geral depois dos 50 anos, ao nível, em tôrno, na altura dos maléolos, com ou sem presença de varizes, com ou sem presença de úlcera de perna, a existência de um processo úmido, exsudativo, às vêzes com a idéia de que seja vesiculoso, aliás não o é, e com tôdas as características grosseiras de um eczema. Existe o eczema varicoso ? Não. Não existe

o eczema varicoso. Os trabalhos de FAVRE, publicados em 1936, confirmados, ainda, no curso de 1950 por uma investigação algo limitada em minha clínica, feita com o seu cuidado habitual pelo nosso técnico, o Prof. PORTUGAL, com a minha assistência, naturalmente com a minha aprovação absoluta, mostram que não existe eczema varicoso. O que existe são formas eczematóides exsudativas, de uma forma completamente diferente do eczema, que se chama a *angiodermatite* de Favre. Por conseqüência, podemos recusar essas formas e eliminá-las para fora do eczema.

Existe também coisa muito prática, coisa de clínica, aquilo que se chama o "eczema mamarum", o eczema das mamas, e mais particularmente da auréola mamária, que êsse eczema pode ser visto em diversas situações em a mama; êle pode ser visto, em geral, em conexão com distúrbios endocrínicos em moças, jovens de 18, 19 anos, forma e volume do seio bem descritos por SABOURAUD, — "des seins à peine faits, d'une forme exquise, d'une beauté grecque", dizia êle, mas êsse eczematóide mamário não pode constituir uma forma clínica peculiar, está mais ou menos determinado, é uma forma de eczema endógeno, em conexão com distúrbios endocrínicos, que se fazem sentir ou na jovem de 17, 18 anos, sob forma de dismenorréia ou amenorréia prolongada (seios grandes e duros, havendo supressão das regras), ou, então, durante a gravidez, curando com o puerpério. Ao mesmo tempo, pelo menos, em certos casos, o mesmo SABOURAUD deixou demonstrado que a aplicação do nitrato de prata local, o grande critério do eczema microbiano, está presente aquí, de forma que, provàvelmente, aquilo que se chama eczema mamário, nada mais é do que uma forma muito semelhante aos eczemas dos diabéticos. No diabetes, também, devido ao alto teor de açúcar no sangue, a pele representa um terreno de implantação ideal não só para os coccos como leveduras patogênicas, ou ainda coccos e leveduras fazem o eczematóide particularmente freqüentes ao nível da genitália externa ("diabetides", "eczema diabeticurom"), curando também com aplicações tópicas, inclusive as radiações.

Não vou, por conseqüência, levar mais adiante essa análise; lembro apenas que na literatura americana apareceram, ùltimamente, trabalhos chamando atenção sôbre certas formas de eczema das pernas em indivíduos idosos, que êles chamam de eczema congestivo — "eczema geriátrico", mas para os quais êles não trazem o critério fundamental que é justamente essa característica de inflamação parenquimatosa, ela mesma caracterizada por uma espongiose linfocitária, isto é, a embebição serosa da epiderme, com afluxo de linfócitos. Não há nenhuma idéia de que êsses eczemas tenham sido estudados suficientemente sob o aspecto histo-patológico. Tão pouco tivessem sido feito nesses indivíduos idosos testes epicutâneos ou intra-cutâneos, que dessem algum valor, algum pêso a êsses casos como bem definidas formas clínicas, de maneira que vamos, também, eliminá-las.

Nessa altura, lembrando um trabalho recente meu para o Congresso de 1950, devo lembrar que a palavra "eczema" não deve constituir mais motivo para confusão. A expressão "dermatite de con-

tacto" tampouco parece mais precisa ou pelo menos melhor do que "eczema de contacto". Em primeiro lugar, porque a noção de contacto externo, que é geral, não é constante; a pele pode ser atacada por dentro. BLOCH mostrou, desde 1917, em casos bem estudados, que o iodureto de potássio, a emetina, a utrotropina, "per os" podem fazer eczemas hematogênicos, em que o contacto não ocorre *por fora*, antes com a chegada ao parênquima, pela via sanguínea, da noxa eczematogênica. Em segundo lugar, porque no eczema-prurigo, por exemplo, particularmente nas formas hereditárias atópicas, existe uma componente epidérmica de contacto. Por exemplo, o eczema dos ordenhadores, certas fitodermias da natureza reagínica, excluído o contacto com as óleo-resinas, e, enfim, uma parte do eczema das peles de adôrno, e o eczema dos padeiros. Os padeiros, por exemplo, fazem dois tipos de eczema: um é o eczema de contacto, devido ao persulfato, uma substância que é beneficiadora da massa do pão; a outra é o eczema-prurigo, característico, também, porque atópico, reagínico, em relação com a farinha de trigo, etc. Entretanto, fica sempre de pé a necessidade de dar *um nome que seja útil para o processo em geral*. E' por isso que ressuscitei, em 1950, aliás desde há muito tempo, na cátedra, o velho têrmo de *eczematização*, no verdadeiro sentido em que o empregou BESNIER, em 1901. Mostrei, nessa época, que, mesmo no texto francês de DARIER (1921-1928), mas ainda na revisão de CIVATTE (1947), não se fazia justiça à palavra *eczematização*: de um lado, a tradição oral, que fazia da eczematização apenas o eczema de contacto e que se torna tradição escrita nos citados textos; de outro lado, o que de fato se lê no trabalho fundamental de BESNIER não é

isto. Para êle, a eczematização cobre tudo: o eczema de contacto e também aquilo que êle chamava o "eczema vrai" (eczema moléstia), que nada mais é do que a soma dos nossos eczemas endógenos de hoje, tudo aquilo que não é contacto, nem exclusivamente infeccioso, quer dizer, o eczema-prurigo, e o eczema seborrêico ou seborróide. Não entro em outros detalhes, e os srs. que quizerem poderão ver o ponto mais discutido nesse trabalho, e passo, nesta altura, uma vez varridos aquêles pseudo-tipos, a agrupar, a explicar como se agrupam as diferentes formas. Antes disso, farei passar preparados aqui que pretendem mostrar, ao que parece de modo indubitável, quando expús acima e até agora.

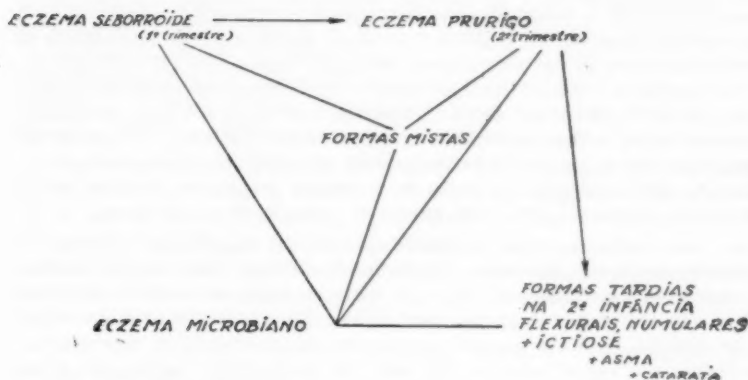
Mais adiante (gráfico), temos o quadro que agrupa as diversas formas. Estão alí as eczematizações com a agrupação que me parece até agora a mais aceitável: em um dos ângulos da figura, o eczema de contacto; ao centro, o eczema seborróide; no outro ângulo, o eczema-prurigo (as formas endógenas); ao pé, o eczema microbiano, estabelecendo êste, de acôrdo com as idéias de MIESCHER, uma espécie de elo para tôdas as formas, inclusive talvez, também, para o eczema numular e eczema flexural; enfim, anexo ao eczema microbiano, o pitiríase róseo, cujo problema vou ràpidamente discutir daqui a pouco: fique lembrado aqui no momento que, na área do eczema microbiano, inscreve-se uma outra afecção, uma síndrome eczematóide, em discos e medalhões vermelhos e escamosos, que é o pitiríase róseo.

A divisão proposta do eczema-prurigo está na base seguinte: reuno, com o nome de "eczema-prurigo", tôdas as formas caracterizadas por uma comixão, prurido intenso, persistente e acessional, com eczematização mais ou menos freqüente, e liquenificação terminal. Aí eu distingo o eczema prurigo, pròpriamente dito, tipo Besnier, em que há uma componente atópica hereditária, com lastro hereditário evidente e seus equivalentes, assim, p. ex., a ictiose vulgar, que é muito comum, a asma brônquica, que também é relativamente freqüente, e, felizmente muito mais rara, a catarata estelar dos jovens, dos adolescentes; além dêsse tipo, o eczema numular Brocq-Devergie, que, como vimos, já tinha sido identificado pelo gênio de BROCQ, apenas com base na investigação morfológica pura.

Ao lado dêsses dois tipos, abro ainda um lugar para o eczema flexural, o eczema-prurigo flexural. E' um eczema também caracterizado por prurido intenso, persistente, acessional, e liquenificação, com grande predileção para as flexuras, as dobras, sobretudo dobras antecubitais, poplitéias e tíbio-társicas, sendo poupadas muito freqüentemente, e isso é característico, as dobras axilares e as dobras inguinais, invadidas quase sistemàticamente nas formas medianamente difusas do eczema seborrêico.

Na criança, vamos surpreender uma nova maneira de agrupamento dessas mesmas síndromes. E' verdade que, na criança, eliminei do quadro o eczema de contacto, não porque não exista o eczema de contacto na criança, mas porque, evidentemente, devido às condições de cuidado extremo em que são tidos os lactentes, e a atenção do médico

que trata, são bem menores as probabilidades da criança fazer o eczema de contacto. Ela pode fazer, não há nada que impeça uma criança fazer o eczema de contacto, e apenas não foi aquí representado porque tal forma não constitui, com certeza, um problema antes da puberdade.

ECZEMATIZAÇÕES NA CRIANÇA

Na criança, vemos algo que não se vê no adulto: é uma conexão entre o eczema seborrêico, que aparece nos primeiros três meses de vida, e o eczema-prurigo no segundo trimestre. Muitas vêzes vemos mesmo a sucessão, e mais ainda do que a sucessão. Não vemos só a transformação, não vemos a criança com a crosta láctea da face e a crosta láctea com êsse aspecto de caspa untuosa e aderente do couro cabeludo, transformando-se num eczema prurigo, antes vemos formas mistas, formas combinadas, coisas que os pediatras alemães Moro e Finkelstein verificaram, já há muitos anos, desde 1929, e às quais êles opõem as formas puras — "reine ekzem-typen".

Ali está o eczema microbiano, com a mesma situação de possível interferência em tôdas as formas eczemáticas, com essa ressalva muito grande, que nas investigações de Storck, em Zurich, na Clínica de Miescher), precisamente as crianças, por muito extenso que tenham o eczema-prurigo ou o eczema seborrêico, não fazem reação epicutânea aos cocos. Êsse é um aspecto importante que mostra a independência, a autonomia do eczema-prurigo e do seborrêico em relação aos micróbios, e, ao mesmo tempo, estabelece mais uma diferença entre a criança e o adulto. Finalmente neste campo temos as formas tardias da segunda infância, como no adulto as formas flexurais e as formas numulares, acompanhando-se de asma e catarata, sendo a asma freqüente, e rara a catarata.

Entremos agora no mérito dêste caso. Aceitemos, pelo menos provisòriamente, os 4 grupos. Como estou falando para clí|nicos, procurarei situar o problema dentro da clínica. Então, para isso, a gente pode conceituar cada um dos grupos, estudando-os sempre da mesma maneira.

Eczema de contacto. — Por exemplo, o eczema de contacto no primeiro grupo, a "contact-dermatitis" dos autores norte-americanos. Aqui estudamos, sob o ponto de vista dos dados interessantes para o diagnóstico clínico, os dados relativos à etiologia, sobretudo a etiologia regional e topográfica — êsse é um assunto que o Dr. AZULAY irá, com a sua proeficiência habitual, mostrar como é interessante; a patogenia ou patogênese, baseada no critério funcional, que é a prova epicutânea de contacto, como se vai ver, depois, a seguir, com o Dr. DIAS DA COSTA. Finalmente, nas reações terapêuticas: — no eczema de contacto, a clássica regra de não lavar a pele inflamada com água e sabão, ou banhos mesmo locais, é fundamentalmente importante (pH local), e a cura em geral sempre se conseguia perfeitamente sem diagnóstico do contactante, com a velha aplicação da pasta de zinco, na proporção de duas partes de óxido de zinco, para três partes de uma gordura qualquer.

Aqui estão os aspectos interessantes do diagnóstico clínico: a grande incidência da forma, a anamnese muitas vêzes positiva sôbre o contacto, a profissão do paciente, é de enorme importância, como os srs. vão ver daqui a pouco, com o Dr. NEGREIROS. O primeiro surto por ocasião de uma pausa à retomada do trabalho; fenômenos peculiares, os "saltos" e o crescimento por dispersão e agregação; o caráter exclusivamente cutâneo, as mucosas íntegras, a não ser para certas formas recentemente estudadas de eczema de contacto, quando a mucosa pode ser atacada. Localização sugestiva muito variável: — configuração sugestiva geométrica, forma de estria, forma de meia, aspecto vestimentar, por exemplo, o pulso rodeado por um eczema devido ao contacto com a pulseira do relógio de couro ou de nylon, substância plástica, etc. E finalmente a característica evolução aguda ou crônica, e o caráter caprichoso de todo o processo.

Suponhamos o caso de um eczema de contacto a um colírio com atropina. Naturalmente que neste doente a investigação funcional vai demonstrar, pelo "patch test" que êsse era o contactante. Os srs. vêem que já interessa pouco o tipo morfológico, é um eczema amorfo, podia ser um eczema pápulo-vesiculoso, por exemplo nas formas pelo níquel, pelo cobalto. Já em outros casos pode-se falar em "dermatite" de contacto, porque então não é apenas um eczema, são vesículas enormes, quase que pequenas bolhas, o que o francês chama de "vésicules perlées" em forma de pequenas pérolas, — a dermite artificial.

Certos eczemas de contacto por brilhantina atacam a orla do cabelo e a dobra retro-auricular e vamos ter a localização típica do eczema seborrêico ou seborróide, na dobra retro-auricular. Os srs. estão comprendendo que ora é brilhantina, ora uma etiologia endógena. Os antigos não podiam entender nada disso. Hoje sabemos que ora é um contactante, ora uma substância x, antigamente se pensava que

era a mesma coisa, levando-se em conta que a localização era a mesma, mas estamos vendo que a mesma localização pode ser devida a eczemas de tipos acentuadamente diferentes.

Na clássica dermatite aguda, o eczema de contacto por tintura de cabelo, as pálpebras estão edemaciadas e oclusas pelo forte edema. Tenho mencionado sempre aquí que as pálpebras são "antenas" que possuímos na face para antígenos que atuam mesmo longe da cara, mesmo longe da região cefálica. No eczema de contacto por verniz de unha, as regiões que reagem em primeiro lugar são: as pálpebras e as regiões dos lábios e do queixo, que são as áreas mais comuns de ataque neste tipo de eczema.

Eczema-prurigo. — Neste caso pode ocorrer lustro exsudativo (tipo Besnier *atópico* — "atopic dermatitis") com tôdas as peças equivalentes — a ictiose vulgar, a asma brônquica, o caráter genético dominante, tôdas as características do eczema-prurigo verdadeiro.

O *eczema numular* (Brocq-Devergie) não é familial nem atópico, mostra tendência para a formação de discos, ou grandes elementos em forma de moeda — *numularização*, e as pápulo-vesículas características. Outra forma de eczema numular ocorre, muitas vêzes, com infecção secundária. Devido à persistência, o eczema pápulo-vesiculoso, o eczema-prurigo do tipo numular é muitas vêzes sede de uma infecção cóccica persistente.

Em tal fotografia clássica de Brocq vê-se a placa matriz do eczema numular. Aparece essa placa matriz, dissemina-se o eczema pápulo-vesiculoso, até que, à regressão, estando o doente limpo de quase tudo, fica a placa matriz como placa restante, a "cidadela" do processo (Brocq-Pautrier).

No eczema-prurigo, do qual existe um *eczema flexural não atópico*, são típicas as localizações de dobras antecubitais, poplitéias e antetíbio-társicas. A cabeça não é atacada senão na região anterior, os olhos, os bordos da bôca, a região ântero-cervical. O couro cabeludo, pròpriamente dito, no adulto não é quase atingido.

Eczema-seborróide. — O eczema seborróide, ao contrário, ataca a cabeça, e de lá êle vem de uma maneira difusa partindo freqüentemente, ou do vértice ou das dobras retro-auriculares. Existe também na face, em volta das cavidades naturais da face, e nas regiões pilosas médio-esternal, axilar e pubiana. Além disso, localizações no umbigo e nas flexuras ante-cubitais. Tem certos aspectos comuns com o eczema-prurigo.

E, com o psoríase, ainda notáveis são as relações do eczema seborrêico, sendo, ambos, moléstias endógenas, provàvelmente de fundo constitucional, com localizações, também, para a psoríase seborrêica, como a médio-esternal, por exemplo, e na cabeça a orla do cabelo, e o vértex.

Eczema infectuoso. — Aqui passamos ao nosso quarto grupo, dos eczemas infectuosos. Aqui temos uma incidência larga, uma aname-

nese pessoal revelando muitas vêzes precessão de alguma piodermite, isso é importante, muitas vêzes um furúnculo, um abcesso, ou flemões antecedendo ou se combinando ainda com o eczema, piodermites, localizações sugestivas e muito variadas em zonas expostas, áreas de eleição para certas infecções o couro cabeludo, a face e as orelhas para cocos e bactérias, as dobras axilares e virilhas para cocos e leveduras, e os pés para cogumelos e leveduras. Em certos casos, lesões "segundas", da pele, muitas vêzes do tipo folicular, são as chamadas "ides" (eczematides), havendo a extensão centrífuga de um só elemento à custa de involução central, o caráter agudo ou sub-agudo, não raro marcha cíclica e fásica, com foco primário, a lesões segundas à distância: — aqui se chega ao quadro da pitiríase rósea.

É certo que para Miescher, dentro do seu ponto de vista, estritamente investigativo, êsses eczemas microbianos não existem ou não existiriam, êle propõe a idéia, evidentemente, no condicional; não seriam formas individuadas, como formas unitárias, mas nós achamos que isso parte, não da experiência do laboratório, mas dos doentes, temos mesmo a certeza de já ter curado doentes exclusivamente sôbre o ângulo da eliminação do coco, ou da levedura.

Referência especial merece o chamado eczema ou "assadura" dos lactentes, eczema-intertrigo, do qual se distinguem dois tipos: um tipo que circunda o ânus, é a forma circum-anal, a outra que se difunde, não tanto para as dobras, mas sobretudo para as porções convexas da coxa, das nádegas e até das pantorrilhas, como temos visto em certos casos. Aqui, possìvelmente, têm razão certos autores americanos, como Cooke, que chamava a atenção para o papel de cocos amoniogênicos causadores dessas formas (enquanto que o casal Montlaun inculpa o enterococo) na mulher, o eczema microbiano surgirá a partir de um foco, representado, p. ex., por um abcesso de seio, com eczematização e lesões satélites em volta. Essas lesões satélites, em geral, respondem ao tipo da eczematide, são lesões discóides, eritêmato-escamosas e sêcas, mas histològicamente caracterizadas pela presença de vesícula histológica.

Naturalmente, eu deixo para outra oportunidade, e terei certamente ocasião ainda na seqüência dêste curso, para levantar certos problemas de diagnóstico e prognóstico. A existência de formas inclassificáveis, infelizmente, de formas na criança combinadas de eczema seborrêico, de eczema-prurigo e eczema infeccioso, no adulto formas de tipo de eczematide, sugestivas de eczema infectuoso, mas, no limite do eczema seborrêico, o tratamento de prova, muitas vêzes de difícil apreciação. As complicações cutâneas, a eritrodermia, por exemplo, que é afinal a universalização do processo, as complicações extracutâneas, cardíacas, renais, e até pulmonares, em certas formas dêsse tipo. O prognóstico, fundamentalmente diferente nos quatro grupos, e sobretudo aquilo que é muito importante para o clínico — *as reações terapêuticas*, que no grupo do eczema de contacto são reações caracterizadas em primeiro lugar pela extrema sensibilidade da pele aos álcalis. De forma que uma das restrições capitais no tratamento dêsses

casos é a de evitar, na medida do possível, a água e o sabão nas áreas atingidas; em segundo lugar, há grande elegibilidade das pastas de zinco, clássicas nessas formas.

No grupo segundo, ao contrário, onde existe uma componente microbiana, o tratamento deve ser agressivo, pastas ictioladas, pastas resorcinadas, pastas saliciladas e até mesmo a tintura de iodo a 1:100, 1:200 ou 1:300, em fricções duras sob uma leve camada de cremes ácidos, ou de pasta de zinco.

Finalmente, no grupo do eczema-prurigo, o prurido, comandando, exigindo o tratamento local clássico pelos alcatrões e, no eczema seborrêico, uma afecção extremamente refratária, que, entretanto, na base da sua grande semelhança com o psoríase, podemos dominar com a estimuloterapia e a medicação de "reajustamento" dos tecidos, tal como fazemos no psoríase hoje com o salicilato de sódio, e os hormônios corticóides.

Enderêço do autor: praia do Flamengo, 118 - 4.º (Rio)

Nomenclatura dermatológica

(Notas marginais ao trabalho da Comissão Brasileira)

F. E. Rabello

PÊNFIGO CONGÊNITO TRAUMATICO SIMPLES :
v. EPIDERMOLYSIS BULLOSA.

PÊNFIGO SUCESSIVO COM CISTOS EPIDÉRMICOS :
v. EPIDERMOLYSIS BULLOSA.

PERIARTERITIS NODOSA (PERIARTERITE NODOSA) :

Def. — Rara síndrome, provàvelmente em muitos casos despercebida, surgindo aguda, sub-aguda ou crônica, sob forma intensa, grave e mortal, ou atenuada, benigna, curável, essencialmente proteiforme em suas manifestações clínicas, na medida em que radica nêste ou naquele órgão. A extensa gama de sinais e sintomas inclui febre, artralgias, mialgias, dôr abdominal, edema, prostração, diarréia, icterícia, insuficiência renal e/ou cardíaca.

As manifestações cutâneas costumam assumir a forma de nodosidades evanescentes ou persistentes, e então equimóticas ou necróticas, não raro apenas purpúricas fazendo transição para a púrpura reumatóide, ou racemosas (livedo racemoso). Existem formas cutâneas puras.

PERIONIXIS PERIONIXITE)
Sin. — Unheiro.
Def. — Processo inflamatório da ranhura peri-ungueal.

PERI-ONIXITE SUPURATIVA :
v. IMPETIGO BULLOSA SUB-CORNEA.

PERIPHLEBITIS NODULARIS NECROTISANS (Phillipson 1901):
v. TUBERCULID PAPULOIDES NECROTICA ET PRO PARTE TUBERCULOSIS INDURATIVA BAZIN.

PERLÈCHE :
v. CHEILITIS COMISSURALIS.

PHAGEDENA (FAGEDENISMOS)
Def. — Síndromes ulcerosas, de tendência invasora, caracterizadas por uma necrose liquefaciente que corrói os tecidos, transformando-os em um magma sanioso e friável (esfacélo). Tais ulcerações podem ser erosivas, serpiginosas, evolução úlcero-cicatricial, ou terebrantes, destruindo em profundidade, para além da hipoderme até descobrir músculos, aponeuroses e esqueleto.

Constitui tipo especial o "fagedenismo geométrico", caracterizado pelas bordas da ulceração, que são regularmente escavadas em arcos de círculo progressivos.

PHANEROPHYTOSIS (FANEROFITOSES)

Def. — Micoses nas quais a invasão do cogumelo causador se limita à unha, ao pelo ao cabelo e ao respectivo folículo.

Compreendem as onicoses micóticas, as tinhas, as tricomicoses, etc.

PHARMACODERMA (FARMACODERMIAS)

Sin. — Erupções medicamentosas ("drug eruptions"); Toxicodermia medicamentosa.

Def. — Erupções de morfologia muito variável devidas a medicamentos e drogas em geral, sejam de origem tóxica, idiosincrásica, alérgica ou biotrópica.

PHITHIRIASIS

v. PEDICULOSIS PUBIS.

PHLYCTENOSE RECIDIVANTE DES EXTREMITÉS (Audry 1901):

v. PUSTULOSIS PERSTANS PARONYCHIALIS (Crocker-Hallopeau).

PHRYNODERMA (Nicholls):

v. KERATOSIS FOLLICULARIS.

PHYTODERMA (FITODERMIAS)

Sin. — Fitodermites (Fontana); Dermatitis venenata (autores americanos do norte).

Def. — Dermatites de contacto com aspecto polimorfo, ocasionadas por determinadas plantas ou seus produtos imediatos.

PHYTOMELANOSIS (FITOMELANOSES)

Def. — Fitodermias com pigmentação mais ou menos acentuada em que a foto-sensibilização resulta do contacto com uma planta ou com seus produtos imediatos.

PIAN :

v. FRAMBOESIA.

PIEDRA (PIEDRA)

Def. — Cerato-(fanero) fitose nodosa da haste pilar, comum nos cabelos e nos pelos da barba e bigode, caracterizada pela presença de pequenos grãos — os "nódulos piédricos", de consistência dura, dando, ao toque, a sensação de areia. Existe uma piedra negra americana (Horta 1911), quase exclusiva do couro cabeludo, com os seus nódulos fixados e inamovíveis; a piedra branca americana (Juhel-Renoy, 1888) de nódulos menores, às vezes invisíveis a ôlho nú e mobilisáveis, e a piedra branca euro-asiática constituída por elementos em bainha ou manto irregular, atacando de preferência a barba ou o bigode.

Os parasitos das piedras americanas são: para a negra, Piedraia hortai (Horta 1911), para a branca, Trichosporon giganteum (Behrend, 1890) e outras espécies do mesmo gênero.

PILI TORTI (Galewski):

v. TRICHOKINESIS.

PINTA (PINTA)

Sin. — Purú-Purú; Carate; Mal del pinto.

Def. — Doença tropical infecto-contagiosa crônica, não venêrea nem congênita, produzida pelo Treponema carateum e constituída por uma lesão inicial seguida de lesões de disseminação consecutiva denominadas pintides. Sua evolução é dividida esquemàticamente numa fase recente e noutra tardia. A lesão inicial é pápulo-eritêmato-escamosa, morfologia esta também preponderante nas lesões de disseminação da fase recente. Na fase tardia predominam as alterações discrômicas. A doença parece não determinar lesões ósseas e viscerais.

O treponema carateum é fàcilmente demonstrável nas lesões em qualquer fase da doença e as reações sorológicas sanguíneas de fixação do complemento e de floculação, específicas das outras treponematoses do grupo são também positivas na pinta.

PIODERMITE ULCERATIVA :
v. ECTHYMA.

PITYRIASIS LICHENOIDES CHRONICA (Juliusberg 1899) :
v. PARAPSORIASIS GUTTATA.

PITYRIASIS SIMPLEX FACIEI (pro-parte) :
v. PYODERMATIS ECZEMATOIDIS.

PITYRIASIS ROSEA (PITIRÍASE RÓSEO)

Sin. — Herpes tonsurans maculosus et squamosus (Hebra); Pityriasis maculata et circinata (Duehring); Roséola escamosa (Fournier); Pitiríase circinada marginada (Vidal).

Def. — Erupção eritêmato-escamosa de marcha cíclica caracterizada por eflorescências redondas ou ovalares, de contôrno bem definido ("circinata"-"medalhões") róseo-amareladas, a superfície das quais é finamente escamosa e pregueada, as bordas levemente elevadas cobertas de uma franja de escamas. De mistura com êsses elementos observam-se em maior número, quase com o mesmo aspecto, apenas menos definidos, elementos menores ("maculata"). Em certo número de casos é possível distinguir entre os medalhões um elemento inicial ("placa primitiva" Brocq, "herald patch") que pode preceder o exantema de uns 8 a 12 dias. A erupção é apirética, em geral pouco pruriginosa ou não "sucessiva, progressiva e descendente" (Darier) porque costuma ter início na porção superior do tronco onde se dissemina e se mantém, podendo estender-se às porções proximais dos membros, poupando face, couro cabeludo e extremidades. A cura espontânea, quase sempre sem recidiva, é completa entre 4 semanas e 3 meses. A histologia patológica é a das eczematides.

PITYRIASIS RUBRA PILARIS (PITIRÍASE RUBRA PILAR)

Sin. — Lichen ruber acuminatus (pro-parte).

Def. — Afecção de causa desconhecida, caracterizada pela formação de pápulas acuminadas, sêcas, córneas, tendo no ápice um pelo atrofiado, cortado rente, as quais se localizam no óstio dos folículos e podem, em certos casos, confluir formando placas circunscritas, eritêmato-escamosas, com possível difusão de aspecto eritrodérmico.

PITYRIASIS STEATOIDE (Sabouraud) :
v. ECZEMA SEBORRHOIDES

PITYRIASE VERSICOLOR (PITIRÍASE VERSICOLOR)

Def. — Ceratofitose causada pelo "Malassezia furfur", H. Baillon, 1889 (Sin. Microscoporon Furfur, Robin, 1853) caracterizada por manchas pardacentas, de côr variável, finamente escamosas, ora pequenas, esparsas ou confluentes, ora extensas, formando placas de contôrno irregular, preferentemente localizadas na face anterior e superior do tórax, espáduas, dorso, braço, pescoço, menos vezes no abdome, flancos e face; não é pruriginosa, sendo patognomônico o "sinal da unhada", que consiste no descolamento fácil de um retalho da epiderme.

PLACA DOS FUMANTES :
v. LEUCOKERATOSIS.

PLATONYCHIA (PLATONIQUIA).

Def. — Diminuição notável da curvatura normal da unha.

POIKILODERMA CONGENITALE (Thomson 1936) :
v. SYNDROMA ROTHMUND.

POIKILODERMATOMYOSITIS (Petges-Jacobi) :
v. DERMATOMYOSITIS (typus Petges-Jacobi).

POIKILODERMIAE (POICILODERMIAS) :
Def. — Síndrome objetiva caracterizada por um estado atrófico da pele que apresenta aspecto variegado peculiar, ora sob forma de retículo discrômico critêmato-pigmentar, percorrido por teleangiectasias, sendo o fundo vermelho-pardacento ou negro-azulado, ora sob forma de uma atrofia cutânea acentuada, sendo igualmente pronunciadas as teleangiectasias à custa das quais se forma o retículo variegado, e o fundo intensamente avermelhado, descamativo, e queratósico lembra uma radiodermite.
V. os verbetes Morbus Riehl-Civatte, Morbus Lane-Brocq, Dermatomyositis (typus Petges-Jacobi).

POIKILODERMIE RÉTICULÉE PIGMENTIRE (Civatte 1922) :
v. MORBUS RIEHL-CIVATTE.

POLYARTHRITIS ENTERICA (Schittenhelm) :
v. SYNDROMA REITER.

POLYDACTILITE SUPPURATIVE RECIDIVANTE (Hallopeau 1892) :
v. PUSTULOSIS PERSTANS PARONYCHIALIS (Crocker-Hallopeau).

POLYOSTOTIC FIBROUS DYSPLASIA (Lichtenstein 1938) :
v. SYNDROMA ALBRIGHT.

PORADENOLINFITE :
v. LYMPHOGRANULOMATOSIS VENÉREA

POROFOLLICULITIS (POROFOLICULITE)
Sin. — Impetigo de Beckhart; Staphylodermia follicularis superficialis.
Def. — Inflamação supurativa das óstios foliculares representada por uma pústula óstio-folicular centralizada por um pêlo e causada ordinàriamente por estafilocócos.

POROKERATOSIS:
v. PARAKERATOSIS (MIBELLI).

POROKERATOSIS (POROCERATOSE)
Def. — Afecção de causa desconhecida, caracterizada por placas irregulares ou circinadas, atróficas ou escamosas, circundadas por uma orla periféricas, verrucosa, sob forma de prisma triangular, cuja crista apresenta um sulco, ocupado por uma lâmina córnea.
PRURIDERMIAE (PRURIDERMIAS) :

Sin. — Neurodermatoses (Darier)
— Pruridermitis (Jadassohn).
Def. — Expressão proposta para cobrir as síndromes objetivas cuja erupção é subordinada a um prurido primário persistente, dentre as quais se destacam as formas exsudativas urticariformes (prurigo simples), eczematóides (eczema-prurigo, eczema numular), e hiperplasiantes (liquenificações e prurigos crônicos — Hebrae, linfadênico). O caracter subagudo, em muitos casos a cronicidade, é comum e peculiar a tôdas essas formas objetivas, desprovidas de outro carater morfológico ou evolutivo capaz de melhor defini-las.

PRURIDERMITIS (Jadassohn) :
v. PRURIDERMIAE.

PRURIGO (PRURIGO)
Def. — Expressão para ser reservada às pruridermias exsudativas cujo elemento eruptivo seja a sero-pápula de Tomasoli-Brocq, em contraste com as prudidermias predominante ou exclusivamente definidas pela hiperplasia epidérmica (veja o verbete "liquenificação").

PRURIGO-ASTHME (Sabouraud) :
v. PRURIGO BESNIER.

PRURIGO DIATHESIQUE (Besnier) :
v. ECZEMA-PRURIGO.

PRURIGO DISCOIDES ET LICHENOIDES — SULZBERGER (PRURIGO DISCOIDE E LIQUENOIDE — Sulzberger):
Sin. — Exsudative discoid and lichenoid chronic dermatosis (Sulzberger-Garbe 1937).

Def. .. (segundo Ormsby-Montgomery 1948): Pruridermia caracterizada por uma erupção generalizada e multiforme, às vezes precedida por uma placa circunscrita de dermatite, e no decurso da qual ocorre uma fase exsudativa com lesões discóides ou ovalares, planas ou túmidas, ressumantes e crostosas (freqüente ao nivel da glande e forro do prepúcio); uma fase liquenóide com o aspecto de pápulas liquenóides em geral agrupadas em áreas de liquenificação difusa, enfim surtos às vezes subentrantes de urticária vulgar.

O prurido intenso e acessional, e parestesias diversas, são característicos. A síndrome atinge sobretudo homens a partir da quarta década da vida, em especial israelitas. A infiltração difusa dos tegumentos pode ser eminente e sugerir um prurigo linfadênico (e portanto uma leucose ou granulomatose maligna). Vêr êstes verbetes.

PRURIGO-EKZEM (Kreibich) :
v. PRURIGO BESNIER.

PRURIGO HEBRA (PRURIGO DE HEBRA)
Def. — Pruridermia não eczematóide, freqüente na Europa central e bastante rara nas outras partes do mundo, caracterizada pelo início na 1.ª infância sob forma exsudativa banal, evoluindo depois como afecção crônica intensamente pruriginosa, percebendo-se a princípio elementos papulosos melhor palpáveis do que visíveis, mais tarde grandes áreas de liquenificação anormal difusa, apresentando-se a pele sêca, espessada e rugosa. São localizações típicas ou planos de extensão dos membros, a princípio os inferiores, mais tarde os superiores, sendo característica essa progressão ascendente, as reações ganglionares ("bubões do prurigo") em virilhas e axilas, sendo poupados em geral o tronco, e a face.

PRURIGO LINFADENICO (pro-parte) :
v. GRANULOMA MALIGNUM.

PRURIGO LYMPHADENICUS (PRURIGO LINFADÊNICO)
Sin. — Adénie éosinophilique prurigène (Favre).
Def. — Pruridermia caracterizada em certos casos por prurido puro, na maioria porém por erupções sero-papulosas fugazes, logo escoriadas pela raspagem da unha, e cobertas de pequena crosta hemática, surgindo por surtos sub-agudos, sôbre um tegumento mais ou menos espessado, e tendo como elemento fundamental uma resposta sistematizada do sistema hematopoiético especialmente linfático, sob forma de adenopatia múltipla e alterações variadas do quadro hemático (leucose linfocitária, linfogranuloma de Hodgkin-Sternberg, etc.).

PRURIGO SIMPLEX (PRURIGO SIMPLES)
Sin. — Lichen simplex acutus (Vidal).
Def. — Síndrome exsudativa aguda, sub-aguda ou crônica, comum em adolescentes e adultos, caracterizada por uma erupção de pequenos elementos sero-papulosos, nítidos, róseos ou avermelhados, acuminados, que sob a coçadura podem tornar-se túrgidos, urticarianos e escoriados; aparecem em surtos subentrantes e involuem recobrindo-se de uma escamo-crosta discóide pardacenta ou hemática. São formas sintomáticas de prurigo simples: — o "summer-prurigo" (Hutchinson) — que é estival, o "prurigo hiemalis" (Duehring) que é hibernal, o "prurigo gestationis" (Gastou) — tendo em

comum o caráter recidivante, o urticarismo mais ou menos constante, e certa tendência para uma discreta e difusa liquenificação.

PRURIGO STROPHULUS (PRURIGO-ESTROFULO)

Sin. — Lichen urticatus; Lichen strophulus; Urticária papulosa; Prurigo s. urticária infantum.

Def. — Síndrome exsudativa peculiar à criança, comum entre 2 e 6 anos, caracterizada por uma erupção sero-papulosa, sempre intensamente pruriginosa e urticariforme, surgindo em surtos, de regra durante a noite, sem localização fixa mas ao contrário disseminada e profusa. É característico o início com um ponfo ulticariano pouco maior do que o de uma picada de inseto, a seguir a mistura de pequenas pápulo-vesículas e de placas urticadas ponfóides, às vezes vesículas (aspecto variceliforme) e bôlhas. As plantas dos pés podem ser invadidas, mas não as axilas. E' freqüente a escoriações e impetiginização dos elementos eruptivos, restando máculas pigmentares salpicadas, o que empresta aspecto variegado à erupção. O prognóstico é sempre favorável, conquanto em raros casos erupções dêsse tipo possam preceder os prurigos crônicos (Hebra e Besnier — vêr êsses verbetes).

PRURIGO TEMPORARIA (Tommasoli) :
v. PRURIGO SIMPLEX.

PRURITUS (PRURIDO.

Def. — Expressão utilizada para designar um sintoma, e por extensão certas síndromes pruriginosas.

O prurido-sintoma é uma sensação indistinta, esbatida, que se completa tornando-se aguda e precisa pela intervenção de um ato complementar — a raspagem, ou coçadura (L. Huet).

O prurido-síndrome é definido pelo caráter cíclico, acessional do prurido (crise prurítica), a mobilidade e a propagação da sensação de modo sucessivo ou simultâneo (sinalgia prurítica), e a descarga sensorial que encerra a crise, no limiar da sensação dolorosa.

Os pruridos podem ser generalizados (tipo prurido senil), ou localizados (tipo — prurido vulvar), em qualquer dos dois casos podem ser efêmeros ou extraordinàriamente persistentes, mas com a diferença de que nos primeiros a pele é notàvelmente resistente, ao passo que nos últimos costuma liquenificar-se.

PSEUDOAREA (PSEUDO-PELADA)

Sin. — Alopecia cicatrisans s. cicatrisata.

Def. — Síndrome atrofiante crônica caracterizada pela evolução tórpida, ausência de foliculite e exclusiva localização cefálica, consistindo em placas aflegmásicas não pruriginosas nem escamosas que ora crivam o couro cabeludo de pequenas áreas glabras, lisas, brilhantes, atróficas, de contôrnos irregulares, festonados, com marcada tendência para confluir em placas maiores policíclicas e microcíclicas; ora desde logo por grandes placas extensivas de mesmo aspecto, rodeadas de pequenas placas satélites.

PSEUDOLICHEN SCLEROSUS (PSEUDO-LIQUEN ESCLEROSO)

Sin. — Liquen escleroso; Lichen esclerosus et atrophicus; Lichen albus (Zumbusch); Dermatitis lichenoides chronica atrophica (Csillag); White spot disease (sensu strictiori; Kartenblatt aehnliche Sklerodermie — pro-parte).

Def. — Eflorescências papuloides mais ou menos consistentes, com marcada tendência a confluirem em áreas ou placas de côr bbranca porcelânica, nacarada, cinza-esbranquiçada ou pardacenta e, neste caso, maiores, e dotadas de um certo grau de disseminação e de aspecto sempre mais ou menos liquenóide, a superfície ora quadriculada e facetada, brilhante ou fosca, lisa e atrófica, ou pregueada, radiária, salpicada de depressões em "picada de alfinête" e/ou de tampões córneos. Existe às vezes prurido quase sempre moderado, por vezes ausente. São localizações habituais nas formas circunscritas o pescoço e nuca, especialmente junto às eminências ósseas como sejam o ecciput, as vértebras cervicais e lombo-sacras, as clavículas e omoplatas.

Trata-se quase sempre de mulheres, jovens ou maduras, não sendo rara a ocorrência de lesões similares nas mucosas e semimucosas sobretudo ao nível da vulva (nos homens em a glande).

PSEUDO-PELADA:
v. PSEUDOAREA.

PSEUDO-XANTHOMA ELASTICUM (PSEUDO-XANTOMA ELÁSTICO)
Sin. — Elastoma; Distrofia elástica folicular (Wirth-Kissmeyer).
Def. — Distrofia cutânea caracterizada por placas de coloração amarelo-arroxeada, ao nível das quais a pele se mostra amolecida e frouxa, localizando-se tais lesões, simètricamente, na vizinhança das dobras articulares ou no pescoço. Essas placas são uniformes ou reticuladas e não raro são contornadas de formações papulóides foliculares, pouco salientes, amareladas e moles. Essas distrofia, mal grado a semelhança clínica com os xantomas, não resulta de uma tezaurismose, mas sim de um processo degenerativo da rede elástica das partes profundas do córion. Em muitos casos coexistem estrias angioides na retina.

PSORIASIS (PSORIASE)
Def. — Dermatose de causa desconhecida representada por placas eritêmato-escamosas, que se caracterizam pela côr vermelha particular do eritema e pelas escamas que são laminulares, nacaradas e muito estratificadas. Essas placas se localizam mais vezes no couro cabeludo, tronco e faces de extensão dos membros. A dermatose tem marcha crônica, com fases de agravação, e duração indefinida, podendo eventualmente haver comprometimento das articulações (Psoriasis artropático).
— o início ao nível do couro cabeludo é frequente e especialmente característico, pois aí pode permanecer isolado.

PSORIASIS LINGUAE:
v. Leucokeratosis
e tb. Psoriasis.

PSORIASIS PUSTULOSA (Barber):
v. Pustulosis perstans palmo-plantaris Dore-Andrews
e tb. Psoriasis (pustulosa).

PSORIASOID (Tachau):
v. ECZEMA SEBORRHOIDES.

PSOROSPERMOSE FOLLICULAIRE VÉGÉTANTE (Darier):
v. MORBUS DARIER.

PURPURÆ (PÚRPURAS)
Def. — Estados mórbidos caracterizados pela ocorrência de eflorescências francamente hemorrágicas, isto é — petéquias, equimoses e sufusões sanguíneas; pela ausência ou caráter inconspícuuo e efêmero da pigmentação férrica; erupções muitas vezes — conquanto nem sempre — em conexão com distúrbios da crase sanguínea (diáteses hemorrágicas).

PURPURA ANAPHYLACTOIDES (Glanzman):
v. PURPURA RHEUMATOIDES.

PURPURA RHEUMATOIDES (PURPURA REUMATOIDE):
Sin. — Peliosis rheumatica (Schoenlein)
Purpura anaphylactoides (Glanzman)
Def. — Síndrome purpúrica caracterizada por uma erupção constituída por petéquias, elementos eritemato-hemorrágicos, urticados, papulosos, e logo também hemorrágicos, localizados sobretudo nas pernas e extremidades inferiores, acompanhados de prurido e dôr. A marcha é sub-aguda, em surtos,

com febre moderada, existe sempre artralgia e mesmo artrite em geral sem derrame. Sinal prodrômico peculiar é um edema "mole fluxionário, ora peri-articular, ora invadindo a quase totalidade do membro atingido" (Ferrand).

Na criança pequena, cólicas violentas ou "cãimbras" podem preceder a púrpura e as tumefações articulares, e acompanham-se de nefrite hemorrágica ("purpura abdominal" de Henoch).

PURU-PURU:
v. PINTA.

PUSTULAR BACTERID (Andrews):
....v. Pustulosis perstans palmo-plantaris Dore-Andrews.

PUSTULOSIS ACUTA VARICELLIFORMIS (Juliusberg):
v. Herpes.

PUSTULOSIS ESSENTIALIS (PUSTULOSES ESSENCIAIS):
Def. — Condições mórbidas caracterizadas por erupção pustulosa franca ou vésico-pustulosa, persistentes, recidivantes e ora localizadas, ora extensivas ("repens"), ora disseminadas, generalizadas ou mesmo universais, sôbre fundo eritrodérmico.

PUSTULOSIS HERPETIFORMIS (PUSTULOSE HERPETIFORME)
Sin. — Impetigo herpetiforme (Hebra).
Def. — Síndrome caracterizada por uma erupção vesículo-pustulosa sôbre base mais ou menos eritematosa, com tendência para o agrupamento das eflorescências em grandes placas de contôrno festonado ou serpiginoso, dotadas de extensão periférica e progredindo com uma ourela ou coroa de pústulas. Incide em mulheres durante a gravidez mas também em um têrço dos casos em não grávidas, e no sexo masculino. São característicos os fenômenos gerais — temperatura elevada entre 39 e 40º, e sinais de insuficiência paratireoidea — tetania, convulsões, perda de pêso, acentuada e progressiva hipocalcemia. A marcha do exantema se faz com extensiva supuração e vermelhidão, podendo terminar em franca eritrodermia. As localizações mais comuns são a face interna das coxas, as dobras genito- e inguino-crurais, umbigo, mucosas, em certos casos simètricamente. O prognóstico é reservado, tendo melhorado consideràvelmente com o advento da terapêutica pelo dihidro-taquisterol.

PUSTULOSIS PERSTANS CENTRIFUGA VEGETANS — Hallopeau (PUSTULOSE PERSISTENTE CENTRIFUGA VEGETANTE — Hallopeau):
Sin. — Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique (Hallopeau 1889)
— Pyodermite végétante (Hallopeau 1898)
— Pyodermite en nappes (Hallopeau 1900)
— Dermatitis vegetans (Hartzell 1901).
Def. — (texto de Hallopeau, 1901): — Erupção constituida por "fócos purulentos, uns em placas não salientes, outros mais numerosos granulosos, de onde a pressão faz surdir pús deixando pertuitos de bordos talhados a pique cujo conjunto dá ao tegumento o aspecto de um crivo, e que à medida que se estendem excentricamente circunscrevem uma área cicatricial, cicatriz que se torna vegetante, sendo as vegetações umas filiformes, outras em retalhos, e bridas anastomozadas, que acabam regredindo em semanas ou meses, resultando tecido cicatricial notável pela disposição em tractos anastomozados circunscrevendo malhas ao nível das quais a pele parece sadia".
A essa descrição há a acrescentar a possível ocorrência de surtos de bôlhas, o ataque frequente e muitas vezes inaugural da mucosa da bôca e da língua, a predileção pelas dobras cutâneas, couro cabeludo, genitália, a ocorrência de episódios paroniquiais, a evolução crônica sujeita a surtos podendo estender-se por meses e anos. Recentemente foram descritas lesões associadas a estados de colite ulcerosa crônica (Brunsting-Underwood 1949).

PUSTULOSES PERSTANS PALMO-PLANTARIS — Dore-Andrews (PUSTULOSE PERSISTENTE PALMO-PLANTAR — Dore-Andrews:

Sin. — Psoriasis pustulosa (Barber)
— Pustular bacterid (Andrews)
— Chronic mild localized type of acrodermatitis perstans (Dore 1928).

Def. — (segundo Andrews 1939): — Pustulose essencial caracterizada por uma erupção vesículo-pustulosa ou pustulosa que toma início pela porção média das palmas e plantas, e que pode estender-se para fóra e para cima, mas nunca atinge as polpas dos dedos e artelhos, de regra bilateral, surgindo em surtos subentrantes, e acompanhando-se de descamação crescente e afinal predominante, sendo as escamas aderentes e sêcas, havendo muitas vezes prurido intenso. Trata-se em geral de adultos de meia idade, de regra portadores de sepsis focal definida em dentes, amígdalas e seios da face.

Histològicamente, é característica a presença de pústulas intra-epidérmicas esparsas, sendo discretas outras lesões do epitélio, e igualmente discreta a inflamação do corpo papilar, assim mesmo limitada aos pontos em que se encontram as pústulas.

PUSTULOSIS PERSTANS PARONYCHIALIS Crocker-Hallopeau (PUSTULOSE PERSISTENTE PARONIQUIAL Crocker-Hallopeau)

Sin. — Dermatitis repens (Crocker 1888)
— Polydactylite suppurative récidivante (Hallopeau 1892)
— Acrodermatite suppurative continue (Hallopeau 1897)
— Phycténose récidivante des extrêmités (Audry 1901):

Def. — Pustulose essencial caracterizada por erupção de flictenas purulentas ou vésico-purulentas, inicialmente unilateral, mais tarde não raro bilateral, de sitio peri- ou sub-ungueal, confluindo para formar lesões figuradas em letras de alfabeto, dotadas de extensão centrífuga, até invasão total das palmas das mãos com o aspecto de extensas sugilações ou "lagos" de pús, com destruição das unhas e cnicomadose, terminando em abundante descamação, atrofia e contratura das falanges, deformadas em baguetas de tambôr, eventualmente assumindo aparência asfixica. Ocorrem formas extensivas disseminadas ou universais vermelhas e pústulo-exfoliativas de tipo eritrodérmico. A invasão das mucosas, particularmente a da bôca, pode incidir mesmo nas formas circunscritas.

Histològicamente, é peculiar uma intensa exocitose terebrante de aspecto "espongiforme" (Kogoj).

As analogias são grandes com o Psoriase (pustuloso) e a Pustulose herpetiforme (v. estes verbetes).

PYODERMA VEGETANS (PIODERMITE VEGETANTE)

Sin. — Dermatite estafilógena vegetante (Artom); Granuloma estafilocócico vegetante (Chieffi).

Def. — Afecções cutâneas inicialmente pustulosas tornando-se em seguida vegetantes, ulcerosas ou tuberosas, de decurso crônico e causadas geralmente por estafilococos.

PYODERMATIS (PIODERMITES)

Def. — Doenças cutâneas caracterizadas em geral por lesões eczematóides, necróticas ou supurativas e causadas pelos germes ditos banais da supuração, particularmente o estafilococo e o estreptococo.

PYODERMATIS ECZEMATOIDIS (PIODERMITES ECZEMATOIDES)

Sin. — Dermo-epidermites microbianas; Estreptococcides eczematiformes; Dartro volante; Pitiriasis simplex faciei (pro-parte).

Def. — Inflamações cutâneas, aproximando-se tanto clínica como histològicamente de uma eczematização, e causadas por estáfilo ou estreptococos.

PYODERMITE EN NAPPES (Hallopeau 1900):
v. Pustulosis perstans centrifuga vegetans.

PYODERMITE VEGETANTE (Hallopeau 1898):
v. Pustulosis perstans centrifuga vegetans.

RHINOPHARINGYTIS MUTILANS (Leys 1906):
v. Gangosa (Villalobos 1828).

RHINOPHYMA:
v. Rosacea (hypertrophica).

RHINOSKLEROM (Hebra):
v. SCLEROMA.

RINGED ERUPTION (Colcott Fox):
v. GRANULOMA ANULARE.

ROSACEA (ROSACEA):

Sin. — Acne rosacea sive erythematosa.

panhada de teleangiectasias e de hipertrofia fibro-cística ou adenomatosa muito comum no nariz (rinofima), na glabela e no mento. Em certos casos o processo angiectásico se estende aos olhos (Rosacea-Krankheit, Triebenstein 1922) sob forma de blefarite, conjuntivite e ceratite.

Def. — Síndrome caracterizada pelo desenvolvimento progressivo de um estado congestivo, a princípio simples e persistente (eritrose), a seguir acom-

Nas mulheres são mais comuns as formas congestivas, nos homens as hipertróficas.

Boletim da
Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

Sessão de 28 de outubro de 1953

EXPEDIENTE:

Após a leitura de propostas para sócios efetivos, o Sr. Presidente solicita a consignação, em ata, de um voto de louvor aos consócios que participaram do Congresso de Leprologia em Madrid, pelo desempenho brilhante que tiveram e, particularmente, ao Prof. F. E. Rabelo, galardoado com o diploma de Membro da Real Academia de Medicina de Madrid.

Em seguida, o Prof. F. E. Rabelo propõe que conste na ata o nome de todos os sócios da Sociedade que participaram da delegação que tomou parte no referido Congresso de Leprologia.

ORDEM DO DIA:

PSORÍASE PALMO-PLANTAR COM RETRAÇÃO TENDINOSA —
DR. HEITOR DE OLIVEIRA CUNHA

E' apresentado um caso de psoríase com lesões nas palmas e plantas e com retração tendinosa nos queirodactilos.

Sessão de 25 de novembro de 1953

EXPEDIENTE:

Declarando aberta a sessão, o Sr. Presidente usa da palavra para manifestar regozijo pelo regresso dos Profs. Ramos e Silva e Hildebrando Portugal, que tão bem souberam representar a dermatologia nacional nos Congressos em que tomaram parte, na Europa. Ressalva, ainda, a presença do Prof. Osvaldo Costa, cujos trabalhos de dermatologia já, de há muito, transpuzeram as nossas fronteiras.

Em seguida, o Prof. Osvaldo Costa é convidado a fazer parte da Mesa.

Procede-se à leitura de propostas de sócios dos Drs. Pierre de Graciansky, Charles Grupper, Edwin Sidi, de Paris, para sócios correspondentes; do Dr. S. Lampière, de Liège, também para sócio correspondente; e, para sócios efetivos, dos Drs. Adalberto Mendes de Oliveira e Biase Faraco, do Distrito Federal e de Florianópolis, respectivamente.

ORDEM DO DIA:

CATARATA SINDERMATÓTICA — PROF. J. RAMOS E SILVA

Após um estudo detalhado, em que estabelece as dermatoses crônicas que se associam à opacificação do cristalino, cita as diversas hipóteses patogenéticas

constantes na literatura. Da análise dessas hipóteses afasta o caso de sua observação — eczema-prurigo com opacificação do cristalino — sugerindo, para a explicação de tais casos, uma predisposição congênita do ectoderma, que faria, para o lado da pele, as lesões da dermatite atópica, e, para o lado do cristalino, a catarata. Tece considerções em tôrno da embriologia do globo ocular, que ratificariam esta hipótese.

Passa à apresentação do caso — um rapaz de 15 anos, pardo, natural de Minas Gerais, com a erupção desde os 6 meses de idade, sobrevivendo crises de asma a partir dos 10 anos. Dificuldade na visão, particularmente no ôlho direito, há 1 ano, mais ou menos. Nunca se submeteu a radioterapia.

Estado geral bom. Apresenta pequenas plêiades ganglionares cervicais e inguinais. Quanto à dermatose, placas liquenificadas extensas, mal delimitadas, poupando apenas o dorso, a parte distal dos membros, assim como o couro cabeludo. O exame dos olhos revela o seguinte: catarata completa capsular e nuclear, no ôlho direito. Catarata capsular incipiente e incompleta, no ôlho esquerdo.

COMENTÁRIOS:

Prof. Osvaldo Costa — Cita um caso, de sua observação, em que o paciente, portador de uma dermatose, apresentou catarata conseqüente a irradiação. Indaga do Prof. Ramos e Silva se, no caso da apresentação, êle dá mais importância aos alergenos que incidem sôbre a pele ou aos alergenos que atuem por via respiratória.

Dr. Gline Rocha — Informa já ter observado, em um caso, a associação catarata mais dermatite atópica. Lembra a conferência do Prof. Franceschetti, no que concerne à distinção entre síndromes de Rothmund e de Werner. A respeito da patogenia aventada pelo Prof. Ramos e Silva, sugere a possibilidade da origem névica da dermatite atópica.

Prof. E. E. Rabelo — Refere também os achados do Prof. Franceschetti, com relação à distinção da catarata das síndromes de Rothmund e a de Werner, e o aspecto estelar das cataratas do pênfigo foliáceo e da dermatite atópica. Cita a observação já realizada de que o cristalino, além da camada córnea, constitui um meio de cultura para os tricófitons, mostrando que as analogias, entre pele e ôlho, além de genética, são também bioquímicas.

Prof. H. Portugal — Manifesta-se contra a teoria proposta pelo Prof. Ramos e Silva, acentuando que, embora a epiderme, da mesma forma que o cristalino, é de origem ectoblástica, a derme, que é essencial, de acôrdo com a experiência de Bizzozero, é de origem mesoblástica.

Prof. J. Ramos e Silva — Respondendo aos comentaristas, acentua que a questão do alergeno inalante ou do alergeno aplicado por via cutânea poderá ter uma significação mais ou menos semelhante, porque, nesses casos, o que predomina é o substrato hereditário. Não se referiu ao trabalho de Franceschetti, porque o trabalho dêste é, sobretudo, referente aos síndromes de Rothmund e de Werner, e o caso da apresentação não é dessa espécie.

Quanto à embriogênese dos elementos referidos, informa que, da mesma forma que a pele, o ôlho é um órgão dual; por conseguinte, no ôlho há elementos mesenquimais, como, por exemplo, a coróide e a esclerótica.

LESÕES ERITÊMATO-TÚBERO-CIRCINADAS COM ESTRUTURA TUBERCULOSE (PRÓ-DIAGNOSE) — DR. E. DROLHE DA COSTA

Apresenta o caso de uma paciente, doente há 2 anos, com lesões túbero-circinadas, múltiplas, com sensibilidade normal. Sorologia negativa. O estudo histo-patológico, realizado pelo Prof. Portugal, revelou estrutura tuberculóide.

COMENTÁRIOS:

Prof. F. E. Rabelo — Sugere a possibilidade de se tratar de um caso de granuloma anular eruptivo, pois tais casos já têm sido observados e são estes casos, com estrutura tuberculóide, que fazem transição para certos tipos de tuberculides .Em face da tuberculina negativa, acrescenta outra possibilidade, que é a de um sarcoidose em forma de anéis, embora estranhe a negatividade tuberculínica em uma pessoa já idosa.

Prof. H. Portugal — Refere a possibilidade do granuloma apresentar estrutura tuberculóide, e, no caso presente, o aspecto gigantocitário do infiltrado sugere granuloma anular. Quanto à ausência das lesões necróticas, poderia ser explicada pela reabsorção.

Prof. Osvaldo Costa — Concorda com o diagnóstico de granuloma anular, já tendo tido ocasião de observar estes casos com estrutura hansenóide.

Prof. J. Ramos e Silva — Considera o diagnóstico sindrômico de granuloma anular o mais aceitável. Sugere, como hipótese, que poderia, eventualmente, ser considerada, a lipoidose.

ERITEMATODES FEBRIL ? — DRA. CECY MASCARENHAS DE MEDEIROS

E' apresentada a doente V. O. F. (Observação n. 3.329, de 5-10-53), de 19 anos, branca, brasileira, solteira, doméstica, natural do Estado de Minas Gerais.

Relata que, há 10 meses, teve uma furunculose, tratada com penicilina. Pouco depois, há 5 meses, mais ou menos, apareceram-lhe, disseminadas pelo rosto, manchas vermelhas, escamosas, bem delimitadas.

Sùbitamente, há 3 meses, o seu estado agravou-se e ela veio para o Rio. Na 1.ª consulta, a face está tomada por um vermelho lívido, e êste eritema se detém nos bordos do couro cabeludo, desenha o contôrno dos olhos, invade o mento, as orelhas, o pescoço, a região esternal e inter-escapular; as pálpebras estão edemaciadas. Vêem-se, também, vesículas e bôlhas, e o processo está infectado, mostrando numerosas pústulas; enfim, um aspecto polimórfico, lembrando até, pelas suas localizações em área seborrêica, um Senear e Usher.

Nos braços, dorso e palmas das mãos e dedos, pequenos elementos arredondados, turgescentes, edemaciados, deprimidos no seu centro.

Na mucosa da bôca, placas vermelhas, difusas, deslocamento da mucosa e erosões. Nas pernas e coxas, rubor violáceo, desenhando, sôbre a pele, uma rêde de malhas arredondadas (lesões típicas de livedo e que desapareciam pela pressão).

Adenopatias importantes. Unhas normais. Couro cabeludo com deglabração difusa. Temperatura matinal e vesperal, oscilando entre 37 e 39.º. Calafrios, sensação de urência e queimadura, dores ósseas e articulares, inapetência absoluta; ausência de regras desde há 3 meses.

Exames complementares:

Hemograma: leucopenia, linfocitose com neutropenia e ligeira eosinofilia. Plaquetas normais.

Exame de urina: vestígios de albumina e glicose.

Pesquisa da célula L E — negativa (Dr. Portela).

Reação de Mantoux — negativa.

Sorologia para lues — negativa.

Nasofaringe e amídalas normais.

Exame odontológico: 4 dentes com granuloma, devendo ser extirpados.

O eletro-cardiograma não revela sinais evidentes de sofrimento do miocárdio. Laudo histo-patológico (Prof. Portugal) — eritematodes ? (com fenômenos agudos).

Pensando tratar-se de um eritematodes febril, iniciamos o tratamentos com o ACTH, mas a doente piorou terrivelmente, logo às primeiras doses.

Como havia, além do intenso edema e infiltração das lesões, uma infecção secundária importante, receitamos penicilina injetável e terramicina em comprimidos, além de tratamento local anérgico.

A doente melhorou logo, em poucos dias. Hoje, apresenta apenas lesões eritêmato-escamosas; desapareceram as dores ósseas articulares, as adenopatias regrediram, a mucosa da bôca está íntegra, a febre cedeu, o hemograma é normal.

Propomos, para êste caso, o diagnóstico de eritematodes vulgar exacerbado, ou sob a ação de uma exposição prolongada à luz solar, por exemplo, ou poder-se-ia invocar a incidência de uma sepsis na gênese dessa exacerbação de um processo banal de eritematodes vulgar.

COMENTÁRIOS:

Prof. J. Ramos e Silva — Concorda com o diagnóstico de eritematodes. Acentua que a ausência de células L. E. não exclui o diagnóstico, pois as mesmas podem faltar nos casos sub-agudos.

Dr. Jarbas A. Pôrto — Concorda com o diagnóstico de eritematodes subagudo. Explica a piora, no início da cortisonoterapia, como uma exacerbação espontânea do processo.

Prof. F. E. Rabelo — Admite, em face dos dados fornecidos pela histopatologia, tratar-se de uma forma de eritematodes vulgar com acutização secundária. Evita a palavra sub-aguda, pela confusão que pode acarretar com as formas febris.

EDEMA ELEFANTIÁSICO PENO-ESCROTAL, EVOLUINDO HÁ SETE ANOS (PRÓ-DIAGNOSE) — DR. O. SERRA

COMENTÁRIOS:

Prof. Osvaldo Costa — Identifica a afecção em causa como um caso de elefantíase peno-escrotal actinomicosiforme. Em seguida, enumera os diversos fatores etiológicos da síndrome referida.

Dr. L. Campos Melo — Manifesta maior simpatia pela hipótese de actinomicose.

Prof. H. Portugal — Cita um caso idêntico ao apresentado, em que se comprovou tuberculose do epidídimo.

LESÕES TÚBERO-CIRCINADAS NA REGIÃO GLÚTEA, EVOLUINDO HÁ DEZ ANOS (PRÓ-DIAGNOSE) — DR. O. SERRA

COMENTÁRIOS:

Prof. Osvaldo Costa — Sugere as hipóteses de tuberculose e sífilis.

Prof. H. Portugal — Acentua que o granuloma tuberculóide não tem o valor de diagnóstico etiológico; limita, apenas, as hipóteses às infecções crônicas: tuberculose, sífilis, mal de Hansen, etc. Acredita ser menos provável, no caso, a hipótese de tuberculose, em face do fracasso da terapêutica. Sugere as hipóteses de sífilis e morbus tuberculóide.

CASO PRÓ-DIAGNOSE — DR. JARBAS A. PÔRTO

Paciente brasileiro, branco, 37 anos, casado, com dermatose crônica, recidivante, evoluindo há 13 anos.

Passado mórbido familiar e pessoal, sem importância para o caso. Acompanhamos o paciente há três anos e quando o examinamos, pela primeira vez, apresentava: lesões anulares, eritematosas e eritêmato-escamosas, com bordos

elevados, pruriginosas, mostrando evolução centrífuga e cura central, em número de 6 elementos, localizados nos braços, coxas e nádegas.

Àquela época apresentava, também, erosões, fissuras e maceração nos espaços interpodarticulares e vesiculação do tipo "em grão de sagú" na palma de ambas as mãos.

Posteriormente, tivemos ocasião de rever o paciente muita vêzes, constatando o polimorfismo das lesões que se apresentam com caráter francamente papuloso na maioria das vêzes, borda vesiculosa e mesma evolução, algumas vêzes, e aspecto anular, arciforme, eritematosas ou da côr da pele sã, e, outras vêzes, abortivas, entrando em franca descamação laminar desde o início. Tempo médio de evolução varia em tôrno de 4 a 6 semanas. Regridem com reliquat hipocrômico ou hipercrômico, mas não deixam cicatriz. O prurido é sempre intenso, na maioria das vêzes, precedendo e acompanhando a erupção. Na história do paciente não encontramos nada relacionado com medicação a que pudessem ser atribuídos os surtos eruptivos. Nenhuma influência das estações do ano ou de alimentos.

Dos exames realizados, salientamos: r. tricofitina negativa, em 1951, francamente positiva em 1952 e fortemente positiva em 1953. Testes intradérmicos positivos para alguns alimentos, fungos do ar e poeiras doméstica. Hemograma dentro dos limites da normalidade. Exame de urina, normal. Sorologia para sífilis, negativa. Exame de fezes: Emtamoeba histolitica e Ascaris lumbricóides. Cultura de fezes positiva para Escherichia coli. Secreção nasal: cultura positiva para Micrococcus pyogenes aureus. Secreção faríngéia: cultura positiva para Streptococcus viridans. Pesquisa direta e cultura para cogumelos: negativa, nas lesões das mãos e tronco; negativa, para as lesões interpodarticulares. Histopatologia: três biópsias foram feitas, em diferentes ocasiões, com resultados inespecíficos.

Tratamentos realizados: submetida a vários tratamentos, a erupção continua o seu curso recidivante, com períodos de remissões espontâneas, sendo difícil avaliar o efeito de qualquer das formas de tratamento empregadas. Entre estas, fizemos penicilinoterapia associada ao bismuto, auto-hemoterapia, vários anti-histamínicos, aureomicina, vitamina A, vacina antimicótica, vários tópicos foram aplicados, sem resultado compensador.

Hipóteses diagnósticas: desde os primeiros dias em que vimos o doente, temos pensado em eritema anular centrifugo, eritema polimorfo, farmacodermia, tricofitide, granuloma anular.

COMENTÁRIOS:

Prof. F. E. Rabelo — Sugere a hipótese de um eritema anular contrifugo, vesiculoso e descamativo.

ATROFIA CICATRICIAL GENERALIZADA — DR. JARBAS A. PÔRTO

Menina de dois anos de idade, nascida de parto gemelar bivitelino, prematuro de sete meses. Ao nascimento, apresentava sufusões hemorrágicas subcutâneas e bôlhas hemorrágicas nas áreas de maior atrito (dorso e braços), bem como icterícia, hepato-esplenomegalia. Foi submetida à terapêutica com penicilina, aureomicina, Redoxon e Cortisone, aos cuidados da Clínica Pediátrica, e tôda a sintomatologia desapareceu, restando cicatrizes residuais semelhantes às estrias da gravidez. Aos 44 dias de vida, lesões cutâneas comprometendo todo o tegumento, inclusive o couro cabeludo e mucosa bucal de aspecto crostoso, as quais regrediram com tratamento com aureomicina local e per os, dando lugar ao aparecimento de aspecto eritrodérmico, o qual desapareceu após alguns dias sob tratamento tópico com Violeta de Genciana, deixando o reliquat cicatrial que se nota hoje. Hemocultura negativa e cultura positiva para Candida albicans. Três meses depois, teve alta, curada da dermatose, porém com reliquatricial que persiste até hoje.

Refere a sua mãe que a paciente sua muito pouco, mas que, no verão, transpira abundantemente, nas regiões palmo-plantares, joelhos e couro cabeludo, sendo acometida, nestas ocasiões, de temperaturas febris até 40°C, sem

nenhum reflexo no seu estado geral. A paciente não fala, mas tem bôa disposição.

A paciente apresenta, quasi que permanentemente, lesões pustulosas, as quais, segundo sua mãe, se iniciam por bôlhas que se tornariam pústulas ràpidamente. Apresenta, também atrofia ungueal e sua mãe relata que a paciente não cortou o cabelo até hoje. Tendo em vista a extensão das cicatrizes, é que trouxe a doente a esta reunião, bem como para ouvir opiniões para diagnóstico.

COMENTÁRIOS:

Prof. F. E. Rabelo — Diagnostica o caso como epidermolise bolhosa distrófica.

ACROQUERATO-ELASTEIDOSE — PROF. OSVALDO COSTA

Após breve esplanação sôbre a entidade por êle individualizada, o A. exibe fotografias de casos recentemente estudados.

COMENTÁRIOS:

Prof. F. E. Rabelo — Admite essa forma, pois não encontrou, na literatura, relato de dermatose idêntica. Aproxima-a da acroqueratose verruciforme de Hopt.

Notícias

6.º Congresso Internacional de Leprologia

Madrid, 3 a 10 de outubro de 1953

Sob os auspícios da International Leprology Association, e desta vez na Europa, teve lugar mais um Congresso Internacional de Leprologia, cobrindo um tema sumamente importante, onde figurara, pela primeira vez, a imunologia aplicada ao morbus Hansen.

A partir de 1938 (Cairo), estes congressos têm procurado, no plano internacional, não sòmente alcançar a média das opiniões reinantes quanto à conceituação da moléstia, como obter, com o trabalho de comitês eleitos *ad hoc*, recomendações finais de ordem prática.

Já em 1946 (2.ª Pan-Americana, Rio) e em 1948 (5.ª Internacional, Havana), obtinham-se, pela primeira vez na história da moléstia, recomendações efetivas sôbre a notável eficácia bacilostática das sulfonas.

Agora, em 1953, em Madrid, igualmente por primeira vez, na história do morbus Hansen, coube ao comitê de profilaxia transportar para o plano da prática a idéia, defendida pelos lepró'ogos brasileiros (5.ª Reunião, Curitiba, 1953), de que a terapia pelas sulfonas já permite, apesar de seus óbices, o branqueamento precoce das formas I, com a definida esperança de deter-se, nesta fase incipiente, a marcha outrora inexorável de muitos casos, para a forma maligna lepromatosa. Nesse sentido, prevê o Comitê um tipo de trabalho profilático completamente renovado, à base de maior contrôle das receptíveis e sua premunição (alargamento da experiência com o BCG), descoberta maciça dos casos I e seu tratamento precoce.

Na segunda linha, para liquidação dos casos adicionais, a conservação do trabalho nos Hospitais-Colônia e nos preventórios, organismos de valor agora mais precisado e definido no contrôle médico-social das formas malignas, infelizmente ainda muito difundidas em diversas áreas do mundo.

Não obstante as críticas formuladas aos congressos científicos em geral, êste, de Madrid, é particularmente auspicioso pelas bôas novas e novo ânimo que traz a médicos e doentes, nesta luta desigual pela redenção física e moral de massas incalculáveis de pessoas em todo o globo.

Porque tocou profundamente os corações brasileiros, aqui reproduzimos a breve e calorosa alocução do colega Prof. A. Salazar Leite, falando no Congresso, em nome dos leprólogos de língua portuguêsa:

"Senhor Presidente, Digníssimo Diretor Geral de Saúde,
Senhores Representantes da Autoridade,
Minhas Senhoras,
Colegas:

Sôbre mim recaiu o encargo de os saudar, em língua portuguêsa. Faço-o gostosamente mas desejaria que as minhas palavras fôssem além de uma simples saudação e pudessem exprimir tôda a amizade que, através do Mundo, une os Povos das Nações aqui representadas, irmanadas num mesmo ideal que traduz tudo o que de mais elevado existe na nossa profissão, e, talvez, a mais nobre faceta da nossa missão na Terra: o espírito de sacrifício que nos anima.

O fato de nos acharmos reunidos em terras de Espanha, País admirável sob todos os aspectos e cujo Govêrno tem demonstrado o interêsse e carinho com que acompanha tôdas as manifestações científicas, seria razão suficiente para nos dar o estímulo necessário para o nosso trabalho; mas, como se isso não bastasse, sentimo-nos, brasileiros e portuguêses, em íntima comunhão de idéias, como lógico seria esperar, integrados como estamos num grupo de Nações ibero-latino-americanas. Traduzo, assim, a expressão da nossa Fé e entusiasmo, e a certeza de que, dos nossos trabalhos, neste acolhedor ambiente, algo de útil poderá nascer para bem dos desgraçados por quem sacrificamos esta parte importante da nossa existência.

Que me seja permitido reservar algumas palavras para os meus Amigos do Brasil, que tanto me honraram querendo que um português vos saudasse no nosso idioma; agradeço-lhes cônscio de que me surge, assim, uma oportunidade para homenagear aquêles que, do mesmo sangue, puderam, pelo seu esfôrço e pelas suas qualidades, ultrapassar-nos, honrando-nos e enchendo de orgulho todos os portuguêses que olham com carinho a prodigiosa ascensão da Nação querida.

Renovo os votos para que a cooperação que se vai, seguramente, verificar, seja o exemplo da que desejaríamos ver em todos os campos, num esfôrço comum e compreensivo para atingir o fim que ambicionamos: a Paz fundada no bem de tôda a Humanidade."

F. E. R.

2.° Congresso Ibero-Latino-Americano de Dermatologia e Sifilografia

Madrid, 7 de outubro de 1953

Em conjunção com o Congresso de Leprologia, a Presidência do Colégio Ibero-Latino-Americano de Dermatologia e Sifilografia (Prof. Gay Prieto) lembrou, em bôa hora, de fazer realizar-se mais uma reunião daquela entidade, desta vez na Europa, em solo espanhol.

Nessa ocasião, em Madrid, foi possível mais uma vez observar-se quanto de comum possuímos, particularmente brasileiros, hispano-americanos, portuguêses e espanhóis, no que respeita à formação científica, situados que somos na fecunda encruzilhada em que se encontram as escolas francêsa, italiana, suíssa, alemã e norte-americana, pois que de todos vai se alimentando o tronco já pujante da dermatologia ibero-latino-americana. Seria suficiente lembrar, entre os grandes nomes espanhóis presentes, os do colega E. A. Sainz de Aja, admirável decano e preclara figura, X. Vilanova, o notabilíssimo investigador catalão, além das prestigiosas figuras madrilhenas, que são Gay Prieto, Orbaneja e F. Contreras.

E particularmente estimulante, para nós, os dermatologistas brasileiros, ver como somos compreendidos já "à demi mot" em qualquer questão científica como velhos amigos e companheiros de trabalho.

Entre a sessão clínica inaugural, no Hospital San Juan de Dios, cheia de ensinamentos, e a sessão de encerramento, onde foram lidos trabalhos de extraordinário valor, teve lugar um debate em que falaram, além dos mestres espanhóis que ofereciam o ágape, os Srs. J. L. Carrera (Argentina), F. E. Rabelo (Brasil), G. Bertaccini (Itália), procurando, todos, enaltecer o nobre propósito de comunhão latina, alvo máximo da novel agremiação de dermatólogos e sifilógrafos.

Será na cidade do México o futuro 3.° Congresso do Colégio Ibero-Latino-Americano de Dermatologia e Sifilografia, e, para tanto, foram aclamados novos Presidente e Vice-Presidente — o Prof. F. Latapí (México) e o Prof. Bassombrio (Argentina), respectivamente, voltando, assim, à América, em cumprimento do rodízio previsto, para estas reuniões de dermatologia latina.

F. E. R.

X Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros

Curitiba, 6 a 10 de dezembro de 1953

A X Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros teve lugar, de 6 a 10 de dezembro de 1953, em Curitiba, homenageando-se, assim, na mais jovem das Secções da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, o primeiro centenário da autonomia política do Estado mais jovem da Federação.

O congresso foi solenemente inaugurado em cerimônia efetuada no Salão da Associação Médica do Paraná e prestigiada com a presença do Sr. Governador do Estado.

Vinte e dois trabalhos originais foram apresentados nas diferentes sessões científicas, a saber:

PRIMEIRA PARTE

1.º tema — esporotricose:

1) A esporotricose — Relatório da Clínica Dermatológica da Universidade do Paraná: R. N. Miranda, C. Cunha, J. Schweidson e A. Pinho (Curitiba).
2) Formas clínicas da esporotricose: J. Ramos e Silva e A. Padilha Gonçalves (Rio).
3) A esporotricose no Rio de Janeiro (1936-1953): D. Peryassú e A. Padilha Gonçalves (Rio).
4) Alguns aspectos da esporotricose da face: B. Zilberberg (S. Paulo).
5) Contribuição à histo-patologia da esporotricose e ao estudo da forma em estrêla do parasito nos tecidos: B. Zilberberg (S. Paulo).
6) A esporotriquina no diagnóstico da esporotricose: C. S. Lacaz, R. Martins de Castro e A. Ancona Lopes (S. Paulo).
7) A apreciação do teste intradérmico com a esporotriquina: A. Padilha Gonçalves e L. Pontes de Carvalho (Rio).
8) Contribuição ao estudo do valor prático da intra-dermo-reação com a esporotriquina no diagnóstico da esporotricose: Ciro Aranha Pereira (S. Paulo).
9) Aspectos clínicos da esporotricose (considerações sôbre 235 casos: Sebastião A. P. Sampaio, Carlos S. Lacaz e Floriano de Almeida (S. Paulo).
10) Tratamento da esporotricose pela neve carbônica: A. Niemeyer (Pôrto Alegre).
11) Sôbre alguns casos de esporotricose tratados pela glucantime: Newton A. Guimarães e Yves Silva (Salvador).
12) Método de coloração de Hotchkiss Mc Manus para fungos (inclusive esporotricose): Tancredo A. Furtado (Belo Horizonte).
13) Diagnóstico histo-patológico da esporotricose pelo Hotchkiss Mac Manus: Sebastião A. P. Sampaio (S. Paulo).
14) Caso de esporotricose transmitido pela mordedura de gato: O. Orsini (Belo Horizonte).
15) Esporotricose ulcerosa generalizada: O. Orsini, O. Costa e colaboradores (Belo Horizonte).

2.º tema — pruridermias:

1) Prurido e pruridermias: F. E. Rabelo, M. Rutowitsch e C. Mascarenhas de Medeiros (Rio).
2) Pruridermias. Considerações sôbre seu conceito e sistematização: Newton A. Guimarães e A. Bahia Monteiro (Salvador).
3) Aspectos histológicos da pruridermia nodular: B. Zilberberg (S. Paulo).
4) Moléstia de Fox-Fordyce. Considerações sôbre a étio-patogenia. Tratamento pela cortisona: Tancredo A. Furtado (Belo Horizonte).
5) Ação anti-pruriginosa da Nicotinamida: R. Vieira Braga (Rio).
6) Pruridermias e parasitoses intestinais. Parte I: pruridermias e esquistossomose: Newton A. Guimarães, Otávio G. Aguiar e Cícero G. Carneiro (Salvador).

SEGUNDA PARTE

Casos clínicos da Clínica Dermatológica da Universidade do Paraná: R. N. Miranda, C. Cunha e J. Schweidson (Curitiba).

Dos assuntos tratados, a esporotricose foi exaustivamente estudada, e vale salientar o conhecimento dos variadíssimos aspectos clínicos que ela pode tomar entre nós, e, como fato mais importante, a contribuição nacional de dois novos agentes terapêuticos: a esporotriquina e a glucantime.

O difícil problema das pruridermias, tema certamente fascinante, mas ainda pouco accessível quanto à fisiopatologia, mereceu estudos de classificação, conceituação e terapêutica.

Na segunda parte, foram apresentados numerosos casos clínicos, cuidadosamente estudados e documentados com fotografias.

Comentando o que foi êste certame, não podemos deixar de salientar o dinamismo que o caracterizou, o brilho com que os trabalhos caminharam, o entusiasmo e a ordem reinantes, de tudo resultando a melhor demonstração de inteligência e responsabilidade e uma amostra de tenacidade na luta contra as doenças e no interêsse pelo progresso da ciência.

Ao lado da parte científica, houve um variado programa social.

Antes da abertura solene do certame, os congressistas foram cordialmente recebidos pelo casal R. N. Miranda, num "cock-tail" e, nos dias seguintes, sempre um programa interessante preenchia as horas que separavam as sessões científicas: visita turística à cidade, a seus arredores e às obras do centenário; churrasco no Cassino Aú; passeio às águas minerais de Ouro Fino, jantar dansante na sede campestre do Clube Curitibano; excursão a Paranaguá, etc.

Todos os cuidados possíveis foram tomados para cercar os congressistas de bem-estar e os fazer conhecer, a par da hospitalidade da gente, a beleza da terra, os trabalhos do homem que a enriquecem, a suavidade do seu clima, as belas perspectivas e horizontes.

E' de se guardar a grata impressão dêsses dias de trabalho e de festas, vividos ao calor de uma hospitalidade encantadora, e, ao terminar, cumprimos dever de justiça rendendo um preito de louvor à comissão executiva da X Reunião dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros, pelo esfôrço, trabalho e empenho em bem servir àqueles que os visitavam.

C. M. M.

XI Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros

De 24 a 27 de outubro do corrente ano terá lugar, em Pôrto Alegre, a XI Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros, destinada ao estudo dos seguintes temas: *a)* novos rumos da terapêutica dérmato-sifilográfica: *b)* genodermatoses.

VI Congresso Internacional de Câncer

De 23 a 29 de julho do corrente ano será realizado em São Paulo êsse Congresso, como parte dos festejos do IV Centenário da capital paulista. O endereço do Secretário Geral do certame é: caixa postal 5171, São Paulo.

Doenças venéreas

ATIVIDADES DO SERVIÇO DE DOENÇAS VENÉREAS DA PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL, NO ANO DE 1953:

DISPENSÁRIOS

Casos diagnosticados	9.974
Sífilis	2.326

Sífilis primária	439
Sífilis secundária	129
Outras formas	1.758
Gonorréia	5.085
Cancro venéreo	2.016
Linfogranuloma	430
Granuloma venéreo	17
Total de comparecimentos de doentes	85.766
Exames de 1.ª vez	23.970
Exames de laboratório realizados nos Dispensários	8.711
Injeções aplicadas	92.371

HOSPITAL EDUARDO RABELO (C.T.R.)

Pacientes hospitalizados	473
Altas	458
Exames de laboratório realizados no Hospital	1.186
Injeções aplicadas	12.072

LABORATÓRIO CENTRAL DE SOROLOGIA

Reações sorológicas	39.936

SEÇÃO DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Contactos registrados	1.627
Visitas feitas a contactos	515
Visitas para recuperação de faltosos	114

Curso de Micologia Dermatológica

Pelo Departamento de Clínica Dermatológica (Prof. J. Ramos e Silva) da Policlínica Geral do Rio de Janeiro será realizado, em junho do corrente ano, um Curso de Micologia Dermatológica (Micoses superficiais e profundas da pele), a cujos frequentadores serão fornecidos certificados, pela Escola de Aperfeiçoamento Médico da mesma Policlínica.

Tal Curso, a iniciar-se a 14 do mês aludido, terá a duração de duas semanas. Constará de conferências, a serem pronunciadas à noite (20,30 hs.), e de práticas, que serão realizadas às 10 hs. da manhã, tudo na sede do referido Departamento (av. Nilo Peçanha, 38-5.º), onde, entre 8,30 e 11 hs., poderão ser feitas inscrições, mediante o pagamento da taxa de Cr$ 300,00.

Secção de Minas Gerais da S. B. D. S.

Para o período de 1954-1955, foi eleita a seguinte Diretoria da Secção de Minas Gerais da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia: Presidente, Gustavo Ferreira de Paiva; Vice-Presidente, Tancredo Alves Furtado; Secretário Geral, João Gontijo Assunção; 1.º e 2.º Secretários, respectivamente, Acúrcio Lucena Pereira e Artur Albino de Almeida Ribeiro; Tesoureiro, Ulisses Castanheira de Carvalho; Bibliotecário, Francisco José Neves; Representante junto ao Conselho Científico da Associação Médica de Minas Gerais, Osvaldo Costa; Representante junto ao Conselho da Revista da mesma Associação, Josefino Aleixo.

Secção do Pará da S. B. D. S.

Para o corrente ano, foi eleita a seguinte Diretoria da Secção do Pará da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia: Presidente, Domingos Silva;

Vice-Presidente, Célio Mota; 1.º e 2.º Secretários, respectivamente, Leopoldo Costa e Alves Júnior; Tesoureiro, Flávio Dulcetti; e Orador, Scylla Castro Andrade.

Sociedade Cubana de Dermatologia e Sifilografia

Para o ano de 1954, foi eleita a seguinte Diretoria dessa Sociedade: Presidente, Alberto Oteiza Setien; Vice-Presidente, Guillermo Sowers Mendez; Secretário, Guillermo González Peris; Vice-Secretário, René Leonard Capote; Tesoureiro, José D. Mesa Ramos; e Vice-Tesoureiro, José R. Morales Coello.

Sociedade Cubana de Leprologia

Conforme notificação recebida por êstes Anais, para o corrente ano foi eleita a seguinte diretoria dessa instituição: Presidente, Pastor Fariñas Guevara; Vice-Presidente, José Alfonso Armenteros; Secretário, Ramón Ibarra Pérez; Vice-Secretário, Luis Rodrigues Plasencia; Tesoureiro, Jesús Currás Argüelles; e Vice-Tesoureiro, Juan Haedo Medina.

Progressos da medicina

Acaba de nos ser oferecido o 2.º volume de "Progressos da Medicina", anuário em que o Departamento Científico da "Schering" reune sínteses dos principais trabalhos médicos no ano de 1952.

Sem nenhum objetivo comercial e visando apenas bem servir à classe médica, esta publicação é de grande utilidade, pois nela se encontram condensados os mais importantes trabalhos que, nas diversas especialidades, vêm aparecendo na ciência médica mundial.

À Dermatologia e à Sifilografia foi dedicado um capítulo de real interêsse e grande atualidade.

Recebemos e agradecemos

Dermapapiloscopia clínica. Israel Castellanos. Ed. P. Fernandez y Cia. Havana, 1953.

Penicilinoterapia na sífilis congênita. Maria Clara Mariano da Rocha. Separata de Med. Cir. Farm., 15 (jan.-abr.), 1953.

A tinha em Portugal. Juvenal Esteves, Aureliano da Fonseca, Norton Brandão, Maria Manuela Antunes, Antonio José de Lemos Salta, Wilheim Oswald e Casimira de Macedo. Portugal, 1953.

Afecções do cabelo e do couro cabeludo (Affections de la chevelure et du cuir chevelu) — A. Deseaux e col., Paris, 1953.

Personalia

Aos 2.º Congresso Ibero-Latino-Americano de Dermatologia e Sifilografia e 6.º Congresso de Leprologia, realizados em Madrid, em outubro de 1953, compareceram diversos membros da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, entre os quais os Profs. Rabello, Ramos e Silva e Portugal.

Em março último, o Dr. Rubem David Azulay, sócio efetivo da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, conquistou, em brilhante concurso, a cátedra de dermatologia e sifilografia da Faculdade de Medicina do Pará.

tendo apresentado a tese "Considerações sôbre a Micose de Lutz". Foi seu competidor o Dr. Domingos Barbosa da Silva, que apresentou tese intitulada "Dermatoses carenciais".

Em abril do corrente ano, fêz a livre-docência de dermatologia e sifilografia, da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, o Dr. Demétrio Periassú, brilhante colaborador dêstes Anais, tendo apresentatdo a tese intitulada "Epiteliomas superficiais".

Em princípios do corrente ano, o Dr. Gline L. Rocha, sócio efetivo da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, foi nomeado Professor interino da cadeira de dérmato-sifilografia da Faculdade de Ciências Médicas, do Distrito Federal.

Na sessão de encerramento do 6.º Congresso de Leprologia, realizado em Madrid, foi proposto o nome do Dr. F. E. Rabelo, para membro da Real Academia Espanhola de Medicina, juntamente com os Drs. H. Wade, da Leonard Wood Memorial, e J. Gaté, da Universidade de Lyon, constituindo isto grande distinção.

Análises

ESTUDOS DE ALERGOLOGIA CUTANEA. LAIN PONTES DE CARVALHO. *Hospital*, Rio de Janeiro, 44:517(out.),1953.

O autor seelcionou 18 substâncias entre aquelas mais encontradas no meio ambiente, sejam puras ou fazendo parte dos mais diversos artigos e já comprovadas como de grande poder alergizante. Em seguida dá as concentrações e veículos usados nas soluções para os testes, assim como os produtos em que as substâncias entram como componentes.

Conclui o autor baseado nos testes em 121 portadores de eczema suspeito de etiologia alérgica, que o emprêgo do grupo das substâncias, que propõe como testes de rotina, demonstraram ser de grande utilidade prática, não só caracterizando o mecanismo de contacto nas dermatoses estudadas, como também permitindo direta ou indiretamente a identificação etiológica de trinta casos entre cinquenta comprovados eczemas de contacto.

Resumo e conclusão do autor

ESTUDO HISTOQUÍMICO DA PELE HUMANA (ÉTUDES HISTOCHIMIQUES DE LA PEAU HUMAINE). A. DUPRÉ. *Ann. de dermat. et de syph.*, 80:263 (maio-jun.),1953.

O A. faz um estudo sôbre a junção dermo-epidérmica, em material colhido por biópsia ou no máximo 2 horas post-mortem.

Empregou as técnicas de Me Mannus, usando como fixador o Dubosco-Brasil, reação do alocromo de Lillie, lipídios pelo sudão negro B (Grübler) metacromasia (azul de toluidina), colorações clássicas (Van Gieson, tricrômico de Masson, ferro lento com hematoxilina de Regaud, impregnação pela prata (Ivry e ocrceina) e testes euzimáticos (amilase da saliva, hialucronidase testicular e microbiana, colagenase e pepsine).

Na junção dermo-epidérmica existe, para o A., uma zona perfeitamente individualizada, tanto pela morfologia quanto pela natureza histoquímica e destino morfológico.

A membrana basal delgada,, homogênea, não fibrilar, ondulada, festonada ou pseudo-fibrilar é constituída de um complexo lipido-glucídico protídico. Os poli-sacarides nêle existentes seriam do tipo B do ácido condroitino sulfúrico.

Esta membrana basal, "voile membraneux" do A., emanaria da substância intersticial dérmica com fim histofisiológico duplo, isto é, "substância cimentante" dum lado, assegurando a adesão dermo-epidérmica, "filtro" de outro lado, regulando as trocas dermo-epidérmicas pelas variações em seu grau de polimerização.

WILSON DE ABREU

AS DERMATITES POLIMORFAS DE DUHRING-BROCQ DE EVOLUÇAO MORTAL (LES DERMATITES POLIMORPHES DE DUHRING-BROCQ D'EVOLUTION MORTELLE). Ch. FASSOTTE. *Arch. belges de dermat. et syph.* 9:105(set.),1953.

Certas formas de doenças bolhosas até bem pouco tempo eram difíceis de classificar e tinham o seu diagnóstico dependendo da evolução: sendo maligna, seria um pênfigo, sendo benigna, uma dermatite de Dühring-Brocq.

Esta regra, verdadeira na maioria das vêzes, perdeu sua rigidês depois dos trabalhos de Civatte, Dupont e Pierand, Lapiere, e outros, que trouxeram critérios histológicos nítidos para identificá-las.

Neste trabalho, o A. traz 5 observações de dermatite de Dühring-Brocq de evolução mortal.

Havendo, pois, certos casos de dermatite polimorfa, verdadeiros clínica e histológicamente, e mortais em certas condições de idade, de afecções concomitantes ou de terapêutica, o A. aconselha classificar estas graves dermatoses bolhosas, de bolhas sub-epidérmicas, como um Dühring-Brocq maligno, o critério histológico guardando, assim, todo o seu valor.

C.M.M.

ERUPÇAO FIXA POR FENOLFTALEINA (ÉRUPTION FIXE PAR PHÉNOLPHTALEINE). G. LAKAYE. *Arch. belges de dermat. et syph.*, 9:327(dez), 1953.

E' descrito um caso de eritema fixo, devido a fenolftaleína contida nos medicamentos purgativos.

A recidiva ocorreu com localização idêntica.

Resumo do autor

ATIVIDADE BACTERIOSTATICA E FUNGISTATICA DOS ACIDOS PROPIÔNICO E CAPRÍLICO EM FUNÇAO DE p.H. (AETIVITÉ BATERIOSTATIQUE ET FONGISTATIQUE DES ACIDES PROPIONIQUE ET CAPRYLIQUE EN FONETION DA p.H.). A. GEORGES. *Arch. belges de dermat. et syph.*, 10:1(maio), 1953.

O A., em seu estudo sôbre as atividades bacteriostática e fungistática dos ácidos propiônico e caprílico, chama atenção para a particularidade dos mesmos serem encontrados no suor e secreções cutâneas, participando,, pois, do mecanismo de defesa natural da pele e seus anexos.

Conclui que: 1.º) o poder bacteriostático do ácido propiônico é superior ao do caprílico; 2.º) o poder fungistático do ácido caprílico é superior ao do propiônico; 3.º) os dois ácidos perdem sensivelmente sua atividade por neutralização, o que indica ser sua atividade devida não a seus ions (ion propínico ou caprílico), mas aos próprios ácidos.

Chama particular atenção para a sensibilidade do bacilo piociânico ao ácido propiônico, Candida albicans ao ácido caprílico, bem como o considerável poder fungistático do ácido caprílico sôbre os dermatófitos de origem humana.

WILSON DE ABREU

A FLUORESCÊNCIA DO CABELO INFECTADO PELO MICROSPORUM AUDOUINI: II ESTUDOS CULTURAIS (FLUORESCENCE OF MICROSPORUM AUDOUINI IN INFECTED HAIR. II CULTURAL STUDIES). HARRY M. ROBINSON JR., FRANK H. S. FIGGE e EUGENE S. BERESTON. *Arch. Dermat. & Syph. Dermat. & Syph.*, 68:314(set.),1953.

Mostraram-se infrutíferas tentativas realizadas a fim de produzir fluorescência nas culturas de *Microsporum Audouini* pela adição ao meio de amino-ácidos derivados da queratina. Do mesmo modo, não tiveram sucesso as pesquisas no sentido de inibir o crescimento do referido fungo com testosterone, com amniotin e com sebo humano, proveniente de um cisto sebáceo. Entretanto, utilizando porfirinas, foi possível conseguir a inibição do *M. Audouini* em cultura.

A fluorescência dos cabelos, quando examinados sob a luz de Wood, pode continuar presente mesmo após a perda da capacidade de fornecer culturas, isto é, após a perda da vitalidade do fungo, segundo demonstraram as experiências dos A.A.

A. PADILHA GONÇALVES

DISIDROSE (DYSIDROSIS-POMPHOLYX). WALTER B. SHELLEY. *Arch. Dermat. & Syph*, 68:314(set.),1953.

O autor define a disidrose como uma erupção vesicular aguda recurrente, não inflamatória e estritamente limitada às palmas ou plantas.

Histològicamente, a vesícula é independente do conduto sudoríparo, e, quanto à etiologia, os estudos experimentais do autor elucidam a significação potencial da glândula sudorípara e indicam que ela não é primàriamente responsável pela disidrose. Trata-se de uma reação não específica da pele das regiões palmar e plantar, de causa, a maioria das vêzes, desconhecida.

O tratamento é eficiente quando se conhecem as causas; psicoterapia nos casos em que os fatores psicossomáticos são evidentes, combate às infecções por fungos, eliminação de drogas provadamente nocivas. A penicilina é evitada, os raios X não são de valor, e muitos autores são favoráveis à atropina.

C. M. M.

ESTUDO CLÍNICO SÔBRE O "MAL DEL PINTO" (ESTUDIO CLINICO DEL MAL DEL PINTO). WALTER F. EDMMUNDSON, ARNOLDO LÓPEZ RICP e SIDNEY OLANSKY. *Bol. de la Oficina San. Pan.*, 35 (ag.), 1953.

Neste trabalho, os A.A. referem as enquetes realizadas nas aldeias de Capirio, El Huaco, Casilda e El Coñidor, no México, sôbre o "Mal del Pinto".

Em Capirio, principalmente, os A.A. se dedicaram ao exame das lesões dermatológicas e ao exame clínico geral, sempre que possíveis, além dos exames sorológicos, de imobilização do treponema e campo escuro. Dos 121 examinados, 83 foram diagnosticados clinicamente, e, dêstes, 70 resultaram sôro-positivos, 4 duvidosos e 1 negativo. A idade variou entre 5 e mais de 60 anos, sendo que o maior número se achou entre os 11 e 12 anos de idade.

O trabalho inclui o mapa geográfico da Cuenca do Tapalcatepec Michoacán México, e 9 quadros detalhados, relativos a exames e outros dados que os A.A. acham de interêsse.

Os A.A. concluem dizendo que o "Mal del Pinto" pode ser diagnosticado com relativa exatidão mediante o exame das partes descobertas do corpo, ùnicamente.

A. VIVAS

TRATAMENTO DO PIAN COM ANTIBIÓTICOS DIFERENTES DA PENICILINA (TRATAMIENTO DEL PIAN COM ANTIBIÓTICOS DISTINTOS DE LA PENICILINA). KENNETH R. HILL. *Bol. de la Oficina San. Pan.*, 3(ag.),1953.

Neste trabalho, o A. refere as suas experiências com a aureomicina, a terramicina e a cloromicetina.

1.º) aureomicina: o A. e colegas trataram 41 doentes, durante 14 dias, com cápsulas diárias de 0.25 gm, com o seguinte resultado, passados 12 meses: cura, 82,5 %; fracasso, 10 %; e recaída, 5 %;

2.º) cloranfenicol: o A. e colaboradores trataram 99 casos, com 25 mg., diários por quilo de pêso, obtendo cura clínica em 79 % dos casos;

3.º) terramicina: Guimarães e Travassos (Brasil) a empregaram em 4 casos com cura clínica em 16 dias. O A. tratou 8 casos, durante 3 meses, com cura clínica em 5 casos.

O A. conclui dizendo que o A e o Bi, a penicilina, a aureomicina, o cloranfenicol e a terramicina parecem ser igualmente eficazes no tratamento do pian.

A. VIVAS

MILIARIA (MILIARIA). W. B. SHELLEY, *JAMA*, 152:670(20-jun),1953.

A obstrução do poro sudoríparo, e conseqüente retenção do suor, nas porções terminais do duto sudoríparo, dá origem a erupções cutâneas que recebem a denominação genérica de miliária. Dependendo do ponto, ou melhor, da menor ou maior profundidade que atinge a obstrução, podem existir 4 tipos de miliária: m. cristalina, m. rubra, m. pustulosa e m. profunda. Êsses tipos de miliária podem ser primários ou secundários; neste caso, quando ocorre a erupção em áreas afetadas por outras dermatites.

Na miliária cristalina o suor é retido na camada mais externa, morta, da pele: formam-se pequeninos vesículos com conteúdo translúcido, sem eritema. Na miliária rubra e na pustulosa a retenção se dá na própria epiderme: a diferença se faz pela presença, na segunda, de numerosos leucócitos, originando uma pústula; há eritema e pápula, prurido e sensação de picadas. Na miliária profunda a obstrução se estende por tôda a porção epidérmica do conduto secretor, sendo o suor retido na derma: surgem, assim, ao redor dos poros, numerosas pápulas que aumentam de volume quando ocorre rigorosa sudorese e que, perfuradas, mostram conter liquido.

O tratamento deve se basear sobretudo na utilização de medidas tendentes a reduzir a secreção sudoral.

A. PADILHA GONÇALVES

DOSAGEM DE REAGINA NO SANGUE E NO LÍQUOR APÓS O TRATAMENTO DA NEURO-SÍFILIS (BLOOD AN SPINAL FLUID TESTS FOR REAGIN AFTER TREATMENT OF NEUROSYPHILIS). E. W. THOMAS. *JAMA*, 153: 718(24-out.),1953.

Os médicos se mostram perturbados pela grande variedade de respostas sorológicas que podem ser encontradas nos sifilíticos tratados, alguns se tornando sôro-negativos relativamente cedo, enquanto outros permanecem sôro-positivos durante anos. Ainda mais desconcertante é a grande variação dos títulos obtidos nos testes quantitativos e as grandes discrepâncias entre os títulos achados em reações diferentes que ocorrem em certos pacientes, e em outros não.

A persistência de reaginas no líquor, durante anos, após o tratamento, não prova que a doença esteja ativa, porém os títulos reagínicos elevados

usualmente mostram uma acentuada diminuição no primeiro ano, que se segue a um tratamento bem sucedido.

Os tipos de variações sorológicas bizarros, encontrados no sôro sanguíneo de certos pacientes, não são vistos no líquor; por conseqüência, as reaginas presentes no líquido céfalo-raqueano parecem ser menos influenciáveis pelos fatores desconhecidos (não ligados à sífilis) do que as reaginas sanguíneas.

E' desnecessária a repetição do tratamento só por causa da persistência de reaginas no sangue e no líquor. Nos casos em que o tratamento foi repetido, devido à presença de altos títulos reagínicos, não se verificaram modificações apreciáveis nos testes quantitativos.

Durante os anos de observação pos-tratamento, notaram-se flutuações do teor reagínico de uma reação para outra, e da mesma reação em épocas diferentes. As recidivas da neuro-sífilis não ocorrem após os 2 primeiros anos que se seguem à inativação da doença pelo tratamento.

A. Padilha Gonçalves

O DERMATOFITO, MICROSPORUM GYPSEUM, COMO SAPRÓFITA E COMO PARASITA (THE DERMATOPHYTE, MICROSPORUM GYPSEUM, AS SAPROPHYTE AND PARASITE). Libero Ajello. *J. Invest. Dermat.*, 21:157 (set.),1953.

Colocando amostras de terra umedecidas com água destilada esterilizada em placas de Petri, e, sôbre a terra, tufos de cabelos humanos também prèviamente esterilizados, tem sido possível o isolamento de alguns dermatófitos do solo.

Em 116 amostras de terra dos Estados de Tennessee e Georgia, o A. isolou, em 37, o *Microsporum gypseum*, notando uma grande correlação entre as amostras positivas e a presença de animais nos locais donde elas provinham.

O estudo sugere que o *M. gypseum* é essencialmente um cogumelo do solo e que só raramente parasita animais.

A. Padilha Gonçalves

A RELAÇÃO TEMPO-DOSE NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS TREPONÊMICAS COM UMA NOVA COMBINAÇÃO DE 3 SAIS DE PENICILINA. BASE LABORATORIAL E CLÍNICA PARA UMA TERAPÊUTICA EFICIENTE (TIME-DOSAGE RELATIONSHIP IN THE TREATMENT OF TREPONEMAL DISEASES WITH A COMBINATION OF THREE PENICILLIN SALTS. LABORATORY AND CLINICAL BASIS FOR EFFECTIVE THERAPY). Charles R. Rein, F. H. Buckwalter, C. H. Mann, S. E. Landy e S. Flax, *J. Invest. Dermat.*, 21:435(dez.),1953.

Com uma nova combinação de 3 sais de penicilina contendo 300.000 u. de penicilina G potássica, 300.000 u. de penicilina G procaínica e 600.000 u. de N,N'dibenzylethylenodiamina dipenicilina G, perfazendo um volume total de 2 cc após a adição do diluente, os A.A. demonstraram ser possível obter níveis sanguíneos mais elevados e mais prolongados de penicilina do que com uma injeção de 1.200.000 u. (4cc) de penicilina procaínica G em óleo com monoesterato de alumínio. Num paciente, o nível sanguíneo de penicilina, 66 dias após a injeção, era de 0,04 unidades por cc e noutro 0,06 u. por cc aos 29 dias e 0,02 aos 40 dias.

Os ensaios preliminares do tratamento das treponematoses, com uma única injeção de 1.200.000 u. dessa combinação de 3 penicilinas, são muito encourajadores, devendo êsse método ser especialmente de valor nos tratamentos de pacientes em áreas rurais, onde o uso de uma só injeção facilitará muito o tratamento.

A. Padilha Gonçalves

TRATAMENTO DA PSORÍASE COM NOVOCAÍNA INJETADA POR VIA INTRAVENOSA (TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS CON NOVOCAINA INYECTADA POR VIA INTRAVENOSA). ENRIQUE E. TELLO. *Prensa med. argent.*, 40:3161(20-nov.),1953.

São apresentados, nesta comunicação prévia, os resultados obtidos em quatro portadores de psoríase, tratados com injeções na veia durante 6 dias na semana, de 10 cc de novocaína a 1 %. Em 3, observou-se o desaparecimento das lesões, porém no outro houve peora da psoríase. Êste último recebeu menor quantidade de tratamento, o que talvez explique o fracasso O A. explica que teve a idéia de tentar êsse método terapêutico por notar certa analogia de indicações e de efeito entre o ACTH, a cortisona e a novocaína.

A. PADILHA GONÇALVES

QUINACRINE NO TRATAMENTO DO LUPUS ERITEMATOSO. (QUINACRINE HYDROCHLORIDE IN THE TREATMENT OF LUPUS ERYTHEMATOUS). R.R. KIERLAND, L.A. BRUNSTING e P.A. O'LEARY. *Procedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic,* 28:4(nov).,1953.

Os A.A. trazem sua opinião sôbre o papel da quinacrine no tratamento do lupus eritematoso.

Em 1952, 60 pacientes (55 com a forma crônica discóide e 5 com manifestações sistêmicas de lupus eritematoso) tomam, segundo as sugestões de Page, 100 mg. de atebrina, 3 vêzes ao dia, na 1.ª semana, 100 mg. 2 vêzes ao dia, na 1.ª semana, e, depois, 100 mg., diàriamente.

Como resultado do tratamento, parece que as únicas lesões de pele que mostram melhoras são o eritema e o infiltrado inflamatório, sem alterações para o lado das cicatrizes.

Diversos pacientes, recebendo doses baixas de manutenção (50 a 100 mg., diàriamente), e sofrendo exposição ao sol, tiveram suas lesões reativadas.

3 pacientes, com excelentes resultados no 1.º curso do tratamento, tendo tido recidiva, não mais obtiveram melhoras, mesmo com altas doses.

Nenhum paciente, com lupus eritematoso crônico discóide, foi obrigado a suspender o tratamento por efeito desfavorável sério, sendo que o mais comum e o menos importante dêles é a côr amarela da pele, que a maioria dos pacientes apresenta, mas que é de curta duração.

Desagradáveis efeitos surgiram nos pacientes com a forma sistêmica do lupus eritematoso, como, por exemplo: erupção generalizada, tipo pitiríase róseo, ou liquenóide, sendo que num dos pacientes houve leucopenia com neutropenia e reação febril com aumento da velocidade de sedimentação. Por isso, os A.A. considram êste tratamento perigoso para a forma disseminada. Ao contrário, para as formas crônicas discóides os resultados são muito satisfatórios, mesmo que não haja amarelamento da pele.

C.M.M.

DERMATOSES E TRANSTORNOS DIGESTIVOS (DERMATOSIS Y TRANSTORNOS DIGESTIVOS). JERONIMO LOPEZ GONZALES e ALBERTO RETA. *Revista argent. dermatosif.*, 37:19(jan.-março),1953.

Os AA. focalisam o decisivo interêsse do estudo clínico dermatológico das dermatoses de evolução crônica e recidivante, e que respondem a um mecanismo alérgico.

Neste comentário, que tem o caráter de comunicação prévia, 9 casos crônicos são analisados: 5 de eczemas, 3 de dermoepidermite microbiana e 1 de dermite solar.

Dos tratamentos habituais, inclusive a radioterapia, não resultou a cura.

A exploração exaustiva do aparelho digestivo demonstrou perturbações funcionais importantes. Com o tratamento intensivo dos transtornos digestivos, sem tratamento dermatológico simultâneo, se obteve melhora evidente em todos os casos, com o desaparecimento das lesões cutâneas dentro de 20 dias a 2 meses.

Sempre a evolução do quadro cutâneo e digestivo marchou paralelamente.

C. M. M.

ERUPÇÕES CUTANEAS POLIMORFAS DESENCADEADAS PELA RADIOTERAPIA PROFUNDA (ERUPCIONES CUTANEAS POLIMORFAS DESENCADEADAS POR RADIOTERAPIA PROFUNDA). MIGUEL A. MAZZINI e ALFREDO A. BLASI. *Rev. argent. dermatosif.*, 37:126(abr.-set.),1953.

Não são freqüentes e bem conhecidas as reações cutâneas por altas doses de raios X. Sua patogenia não está bem precisa e os autores dêste trabalho interpretam a reação como produzida pela absorção dos produtos de degeneração celular, provàvelmente proteínas desintegradas, provenientes das lesões irradiadas e dos tecidos sãos, em pacientes predispostos. Os anti-histamínicos se mostram eficazes na evolução dêstes casos.

Os autores trazem 2 observações: um enfêrmo, com uma leucemia linfática, que fêz erupção vesico-bolhosa, 48 horas após o início do tratamento. O 2.º caso, um carcinoma baso-celular do colo do útero, apresentou anemia e uma erupção pápulo-pruriginosa do tipo prurigo agudo, que obrigou a interromper o tratamento e que reapareceu ao reiniciar a radioterapia.

C. M. M.

TRATAMENTO DO VITILIGO COM "AMMI MAJUS LINN". (VITILIGO SU TRATAMIENTO COM AMMI MAJUS LINN). BLAS SOSA CAMACHO. *Revista med. del Hosp. General,* 16:215(abr.),1953.

Neste trabalho, o A. dá a conhecer os primeiros resultados obtidos, no México, com o emprêgo de "Ammi Majus Linn", planta de origem egípcia, no tratamento do vitiligo.

30 pacientes, de ambos os sexos e diferentes idades, foram submetidos a tratamento oral, tópico ou combinado.

O tratamento oral, por ingestão de comprimidos contendo os princípios ativos da planta, é sensìvelmente inferior ao tópico e ao combinado.

O tratamento tópico, com aplicação local de uma tintura preparada com os princípios ativos da planta, é, sem dúvida, o que dá melhores resultados.

Parece que a irradiação solar acelera a repigmentação e, em têrmos gerais, tanto melhores são os resultados quanto mais escura é a côr da pele.

Quanto ao método combinado, o A. não tem juízo seguro, pois não poude saber se as melhoras obtidas correspondiam à ação geral ou à ação tópica do medicamento.

C. M. M.

ANTIBIÓTICOS EM DERMATOLOGIA (ANTIBIOTICOS EN DERMATOLOGIA). M. GARCIA PÉREZ. *Rev. med. del Hosp. General,* 16:241(maio),1953.

Neste trabalho, são estudadas as indicações e contra-indicações do emprêgo local, em dermatologia, dos antibióticos — tirotricina, penicilina, estreptomicina, bacitracina, aureomicina, cloranfenicol, terramicina, neomicina e polimixina.

Segundo a experiência do A. e de vários outros, de todos os antibióticos conhecidos, sòmente a bacitracina e a neomicina podem ter uso tópico, sendo pràticamente contra-indicado o uso local dos demais, em vista de seu grande

poder de sensibilização e seu amplo emprêgo geral, não esquecendo a resistência adquirida pelos germes a estes agentes terapêuticos, e, ainda menos, a resistência cruzada comprovada cada vez mais.

C.M.M.

UMA OPERAÇÃO INCRUENTA PARA PARONIQUIA (A BLOODLESS OPERATION FOR PARONYCHIA). V.J. KINSELLA. *The Med. J. Australia*, 2-40(8):298,1953.

O A. rebela-se contra as operações usuais de paroniquia por achá-las dolorosas, caras e demoradas.

Propõe um novo método, mais simples, e que dispensa anestesia e torniquete. A via de acesso é estabelecida entre a unha e o eponíquio. Justifica o procedimento pela facilidade com que se atinge a zona a drenar, bastando apenas perfurar o epitélio de revestimento.

Conclui pela excelência do método, no comum dos casos, e chama atenção para aquêles em que o pús se espalhou de um bordo a outro da unha. Nesses casos, impõem-se ainda as operações usuais do tipo da de Kanavel.

GILBERTO DE A. TEIXEIRA

O VALOR DAS SILICONAS E DA HIDROCORTISONA NO TRATAMENTO DOS ECZEMAS DAS MÃOS (THE VALUE OF SILICONES AND HYDROCORTISONE IN THE MANAGEMENT OF HAND ECZEMAS). CHARLES R. REIN e JEROME A. KIMMELMAN. Trabalho apresentado na *12.ª Reunião Anual da Academia Americana de Dermatologia e Sifilologia*, Chicago, dezembro de 1953.

As preparações de hidrocortisona mostraram-se um valioso adjuvante no tratamento de vários tipos de eczema das mãos, sendo as preparações a 2,5 % mais eficazes que em concentrações mais fracas. Os melhores resultados foram obtidos no eczema numular, na dermatite atópica, na dermatite de contacto e no líquen simples crônico. Não foram satisfatòriamente alterados: parapsoríase, psoríase, líquen plano e micose fungóide. E' conveniente prolongar o uso do remédio por uma a três semanas após a cura. Sobretudo nas dermatites de contacto, o uso de siliconas, como protetores contra o contacto nocivo após a cura, muitas vêzes evita a recidiva. Segundo a experiência dos A.A., as siliconas não devem ser utilizadas na fase aguda da dermatite, mas sim após a cura da afecção, a fim de evitar as recidivas.

A. PADILHA GONÇALVES

PROBLEMAS ESPECIAIS DO DIAGNOSTICO E DO TRATAMENTO DA SÍFILIS ENTRE OS MILITARES (SPECIAL PROBLEMS IN THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF SYPHILIS IN MILITARY PERSONNEL). CHARLES R. REIN, GEORG H. KOSTANT e JEROME A. KIMMELMAN. Trabalho apresentado na *12.ª Reunião Anual da Academia Americana de Dermatologia e Sifilologia*, Chicago, dezembro de 1953.

E' longamente discutido o assunto do diagnóstico e tratamento da sífilis no meio militar, sendo encaradas certas questões, que são inerentes a essa especial situação e feitas sugestões para a solução dos principais problemas. Os A.A. frizam, sobretudo, que não devem ser instituídos tratamentos anti-sifilíticos indiscriminadamente, antes de se confirmar ou excluir a presença da sífilis. Com um diagnóstico mais acurado, com tratamentos adequados e possuindo o médico, que aplica o tratamento, as noções essenciais sôbre o valor e as restrições dos testes sorológicos, serão reduzidos consideràvelmente a freqüência e a quantidade de tratamentos desnecessários.

A. PADILHA GONÇALVES

AFECÇÕES DO CABELO E DO COURO CABELUDO (AFFECTIONS DE LA CHEVELURE ET DU CUIR CHEVELU). A. DESAUX e colaboradores. Masson, ed., Paris, 1953 — 1 vol. 780 págs.

Desta vez, o Dr. Desaux enfrenta a responsabilidade de publicar um alentado tratado de patologia do couro cabeludo, depois da obra monumental de R. Sabouraud. Escolheu, para isso, colaboradores da envergadura de A. Civatte, M. Pignot, J. Gaté, A. Touraine, E. Rivalier, entre outros igualmente conhecidos.

Nas duas primeiras partes, Desaux e Boutelier fazem nova revisão da semiologia do couro cabeludo.

Na importante terceira parte, Pignot, Rabut, Desaux, Touraine e Civatte fazem uma importante apresentação da clínica do couro cabeludo, destacando-se as afecções congênitas pilares, pelada e pseudo-pelada, as tinhas, os tumores do *capillitium*.

Na quarta e última parte, destaca-se o capitulo de cirurgia aplicada (Pierre Brocq).

Vale a pena assinalar a notabilíssima apresentação da fisiopatologia do couro cabeludo, por Desaux e Boutelier, e um bom capítulo sôbre as formas congênitas, por Touraine.

O clássico tema da "Pelada" é objeto de uma nova apresentação, por Desaux, e bem assim a questão da "Pseudo-pelada" que, na pena de Rabut, passa por uma revisão no sentido de um alargamento: são os "estados pseudo-peládicos", uma noção talvez prematura, mas que de qualquer forma marca um esfôrço no sentido de um melhor conhecimento da debatida matéria.

Na linha das obras concebidas por A. Desaux, êste belo volume alcança excelente média entre a doutrina e o aspeto aplicado, tais como o diagnóstico e as preciosas indicações de tratamento, tudo isso farta e belamente ilustrado com esplêndidas figuras que amenizam extraordinàriamente a leitura, fazendo dêsse volume, doravante, obra de consulta obrigatória para o prático.

F. E. RABELLO.

Bibliografia Dermatológica Brasileira

Um caso de goma sifilítica da medula, curado com tratamento clínico. José Alberto Maia. Neurobiologia. 16:50(mar.),1953.

Síndrome posflebítico. Mario Degnie e Pavel Nunes. Seara Médica. 8:235 (abr.-dez.),1953.

Algumas considerações sôbre radioterapia nas dermatoses. João Paulo Vieira. Arq. de dermat. e sif. de S. Paulo, 15:3(jan.-jun.),1953.

Pênfigo foliáceo e verrugas. Abílio F. Martins de Castro F.º e Mário Fonzari. Arq. de dermat. e sif. de S. Paulo, 15:9(jan.-jun.) 1953.

Estado atual da terapêutica do pênfigo foliáceo pelo BCG. Mário Fonzari. Arq. de dermat. e sif. de S. Paulo, 15:18(jan.-jun.),1953.

Reajustamento do trabalho antileprótico às determinantes atuais. João Batista Risi, Joir Fonte e Tomaz Pompeu Rossas. Brasil-méd., 67:9(16-30 maio),1953.

Sôbre a localização das lesões secundárias da leishmaniose tegumentar americana (nota prévia). Mário Antídio de Almeida. Brasil-méd., 67:11(6-13 jun.),1953.

Orientação atual para o diagnóstico e tratamento da sífilis e moléstias venéreas. Sebastião A. P. Sampaio. Arq. de Hig. e Saúde Pública, 18:107(jun.), 1953.

Inquérito sorológico para o diagnóstico da sífilis entre as prostitutas da zona do meretrício de S. Paulo. J. Martins de Barros, Vicente Z. Mammana e Valter Belda. Arq. de Hig. e Saúde Pública, 18:117(jun.),1953.

Classificação da lepra. Ivon Rodrigues Vieira. Arq. min. de leprol., 13:12 (jan.),1953.

"Follow-up" do censo intensivo de Candeias. Wandick del Pavero. Arq. min. de leprol., 13:27(jan.),1953.

Da lepra — Sua provável transmissão pelos artrópodos. H. C. de Souza Araújo. Arq. min. de leprol., 13:42(jan.),1953.

Considerações em tôrno da moderna terapêutica da lepra pelas sulfonas. José Mariano. Arq. min. de leprol., 13:50(jan.),1953.

Influência favorável do BCG na evidenciação da reação de Mitsuda em crianças abaixo de 3 anos de idade. Abrãao Salomão e Delor Luiz Ferreira. Arq. min. de leprol., 13:54(jan.),1953.

Organização do preventório S. Tarcísio, aprendizado técnico-profissional e pupileira Ernani Agrícola. Berenice Martins Prates. Arq. min. de leprol., 13:59(jan.),1953.

Nesta lista bibliográfica são incluídos os trabalhos sôbre dérmato-sifilografia e assuntos correlatos, elaborados no país ou fora dêle, porém publicados nos periódicos nacionais, por nós recebidos.

Ionização da acetil-beta-metil-colina (Mecholil) nas lesões tegumentares da lepra. Wilson Cossermelli e Ruben Pimenta da Silva. Rev. brasil. de leprol., 21:89(jun.),1953.

Incidência da lepra entre os comunicantes da Inspetoria Regional de Campinas. Reinaldo Quagliato. Rev. brasil. de leprol., 21:133(jun.),1953.

Lesão tuberculóide secundária a lepromino-reação. Nelson Souza Campos. Rev. brasil .de leprol., 21:143(jun.),1953.

Sôbre o eczema dos pedreiros. J. Ramos e Silva. Hospital, Rio de Janeiro, 45:31(jan.),1954.

Sôbre as formas clínicas da esporotricose. J. Ramos e Silva e A. Padilha Gonçalves. Hospital, Rio de Janeiro, 45:155(fev.),1954.

Tratamento da framboésia com N,N'-dibenziletilenodiamina, dipenicilina G. Ulisses Mota de Aquino. Hospital, Rio de Janeiro, 45:223(fev.),1954.

Resultados da becegeização subintrante, oral, em tuberculoses cutâneas e moléstias afins. Luis Batista e Norberto Belliboni. Rev. paul. de med., 44:77 (fev.),1954.

Sôbre um caso de eritema indurado de Bazin tratado com TB1-698; reações tóxicas observadas. Matinas Suzuki. Rev. paul. de med., 44:120(fev.),1954.

Relação dos Sócios da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

DIRETORIA (1954)

Presidente — Edgar Drolhe da Costa.
Vice-Presidente — Luiz Campos Melo.
Vice-Presidente — Ênio Candiota de Campos.
Secretário Geral — Benjamin Gonsalves.
1.º Secretário — Romeu Vieira Jacintho.
2.º Secretário — Edson de Almeida.
Tesoureiro — Danilo Cozzolino.
Bibliotecário — Cecy Mascarenhas de Medeiros.

COMITÊ DE DIREÇAO

J. Ramos e Silva.
Hildebrando Portugal.
F. E. Rabelo.
Demétrio Peryassú.
Edgar Drolhe da Costa.
Benjamin Gonsalves.

PRESIDENTES HONORARIOS

Gougerot, H. (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Paris) — 26, boulevard Raspail (Paris, França).

Pautrier, L. M. (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Estrasburgo) — 2, Quai Saint-Nicolas (Estrasburgo, França).

SÓCIOS HONORARIOS

Agneta, José Oscar (Assist. da Clin. Dermatol. da Univ. de Buenos Aires) — Cerrito, 1278 (Buenos Aires, Argentina).

Almenara, G. — Direção de Saúde Pública (Lima, Perú).

Artom, Mário — Cristoforo Colombo, 1 (Torino, Itália).

Basombrio, Guillermo — Ayacucho, 1031 (Buenos Aires, Argentina).

Butler, Charles — Montividéu, Uruguai.

Capelli, Jader (Prof. honor. de dérmato-sif. da Univ. de Florença, Itália).

Civatte, Achille (Ch. do Museu Histol. do Hosp S. Luiz) — Rue Bichat, 40 (Paris, 10.º, França).

Dennie, Charles C. — Kansas City, E.U.A.

Deseaux, J. — 49, Rue de Coucelles (Paris, França).

Eller, Joseph Jordan — 45, Fifth Avenue (Nova York, E.U.A.).

Favre, Maurice (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Lyon) — Place Bellecourt, 33 (Lyon, França).

Fernandez, José Maria (antigo Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Ciências Médicas de Rosário) — 25 de Diciembre, 811 (Rosário, Argentina).

Flarer, Franco — Cidade de Padova, Via Santa Sofia, 16 (Itália).

Gans, Oskar (Prof. de Clin. Dérmato-Sifil. da Univ.) — Ludwig — Reehr Strasse, 14 (Frankfurtala, M, Alemanha).

Latapi, Fernando (Prof. de dermat.) — Zacatecos, 220-6 (México, D.F.).

Mackee, George Milles (Dir. do Serv. de dérmato-sif. do "New York Post-Graduate Hospital", da Univ. de Columbia) — 330, Second Avenue (Nova York, E. U. A.).

Marchionini, A. — Ankara, Turquia.

May, J. — 1444, Av. Rondeau (Montevidéu, Uruguai).

Mazzini, Miguel Angel (Pres. da Ass. Arg. de Dermatosifilologia) — Callao, 1710 (Buenos Aires, Argentina).

Miescher, Guido (Prof. de dérmato-sif. da Univ. de Zurich) — Gloriasstrasse, 33 (Zurich, Suiça).

Montgomery, Hamilton (da Fundação Mayo) — Rochester, E.U.A.

Nekam, L. (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Budapeste) — Reseda U. 4 (Budapeste, Hungria).

Oteiza Setién, Alberto — Ave. d ela República, 464 — 3er. pizo (Havana, Cuba)

Pardo-Castelló, V. — Calle 19, 671 — Vedodo (Havana, Cuba).

Penela, Luiz de Sá (Ch. do Serv. de Dermat. e Venereol. do Hosp. do Destêrro) — Rua Marquês de Tomar, 7 (Lisboa, Portugal).

Pierini, Luis E. (Prof. de dermat. para graduados da Univ. de Buenos Aires) — Cordoba, 2344 (Buenos Aires, Argentina).

Prieto, José Gay (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Madrid) — Calle Serrano, 20 (Madrid, Espanha).

Prunés R., Luis (Prof. de dermat. da Univ. do Chile) — Av. Condell, 376 (Santiago do Chile).

Pujo y Medina — Fac. de Med. de Santiago do Chile.

Quintero, N. — Buenos Aires, Argentina.

Quiroga, Marcial (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Ciências Médicas de Buenos Aires) — Santa Fé, 980 (Buenos Aires, Argentina).

Ragustin, N. — Rodrigues Peña, 525 (Buenos Aires, Argentina).

Reenstierna, J. — Dep. de Hig. e Bacteriol. da Univ. de Upsala, Suécia.

Schujmann, Salomão — Presidente Roca, 599 (Rosário, Argentina).

Schuwartz, Louis — Nova York, E.U.A.

Silva, Flaviano (Prof. aposentado de dérmato-sif. da Univ. da Bahia) — Praça D. Pedro II, 101 (Salvador, Bahia).

Stokes, John H. (Prof. de dérmato-sif. da Univ. de Pensilvânia) — Hosp. Universitário da Univ. de Pensilvânia (Filadélfia, E.U.A.).

Sulzberger, Marion B. (Prof. de dermat. da "New York University") — 999 Fifth Avenue, N. Y. (Nova York, E.U.A.).

Touraine, Albert (Redator-Chefe dos "Ann. de Dermatologie") — 7, boulevard Raspail (VIIe) — (Paris-França).

Ugarisa, Ricardo (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Assunção) — Assunção, Paraguai.

Uribe, J.I. — Bogotá, Colômbia.

Uriburu, J. — Sargento Cabral, 837 (Buenos Aires, Argentina).

Urueña, J. Gonzales (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. do México) — Av. Oaxaca, 80 (México, D.F.).

Vilanova, Xavier (Cat. de dermat. em Barcelona) — Calle Pelayo, 44 (Barcelona, Espanha).

SÓCIOS CORRESPONDENTES

Abascal, Horácio (Ch. do Serv. de Profil. Ven. do Min. da Saúde) — Neptuno, 164 (Havana, Cuba).

Almendra, Jaime (Dir. do Serv. de Dermat. do Hosp. da Marinha) — Rua Artilharia Um, 140 — 1º (Lisboa, Portugal).

Alvarez, Gregorio — Calle Belgrano, 1625 (Buenos Aires, Argentina).
Ambrosetti, Félix E. (Prof. adj. de dermat. da Fac. de Ciências Méd.) Av. Santa fé, 995 (Buenos Aires, Argentina).
Andrade, Roberto Nuñes de (Prof. de dermat. da Fac. de Med. do México) — México, D.F.
Andrews, George C. (Prof. Assoc. de dermat. na Univ. de Colúmbia) 115 East 61th Street — N. Y. (Nova York, E.U.A.)
Barba Rúbio, José (Prof. Adj. de dérmato-sif. da Fac. de Ciências Médicas e Biol. da Univ. de Guadalajara) — Ed. Lutécia Desp. 117-118(Guadalajara, Jal., México).
Bertaccini, Giuseppe (Dir. da Clin. Dermatol. de Bari) — Piazza Massari, 6 (Bari, Itália).
Borda, Júlio Martin — Cordoba, 1237-9.ºP. (Buenos Aires, Argentina).
Carrasco, Manoel Caeiro (Dir. do Serv. de Dermat. do Hosp. de Sto. Antônio dos Capuchos) — C. do Sacramento, 7-2.º (Lisboa, Portugal).
Chaná, Pedro Chariola — Miraflores, 613 (Santiago, Chile).
Chediak, Alejandro — San Lazaro, 173 (Havana, Cuba).
Cole, Harold Newton (Prof. de dérmato-sif. da Western Reserve University) — 1352, Hanna Building-Euclid at 14th St. (Cleveland, E.U.A.).
Contreras, Félix (Secret. Geral da Acad. Espanhola de Dermat. e Sif.) Moreto 15 (Madrid, Espanha).
Convit, Jacinto — San Bernardino — Av. Avilla — Quinta Ana (Caracas, Venezuela).
Cordero, Alejandro A. — Carlos Pellegrini, 1560 (Buenos Aires, Argentina).
Crosti, Agostino (Dir. da Clin. Dermatol. da Univ. de Milano) — Via Pace, 9 (Milano, Itália).
Degos, Robert (Secret. Geral da Soc. Franç. de Dermat. e Sif.) — 20, rue de Penthièvre (Paris, 8e., França).
Driver, James R. (Prof. Assoc. de dermat. na Western Reserve University) — Cleveland, E.U.A.
Duperrat, Bernard (Prof. "agregé" da Univ. de Paris) — boulevard Saint Cermain, 176 (Paris, 6e).
Elliot, David C. (Sifilologista do Serv. de Saúde Públ. dos Est. Unidos da América).
Esteves, Juvenal Alvarez (Dermatologista dos Hospitais Civis de Lisboa) — Rua da Emenda, 76-1.º(Lisboa, Portugal).
Ferrari, Alexandro (Livre-doc. de dermat. em Torino e redator do "Il Dermosifilografo") — Corso Matteoti, 28 (Torino, Itália).
Garzon, Rafael (Prof. de dermato-sif. da Fac. de Med. de Cordoba) — Entre Rio, 372 (Cordoba, Argentina).
Gaté, Jean (Prof. de dermat. na Fac. de Med. de Lyon) — Rue Saint-Hélène, 24 (Lyon, França).
Gimenez, Manuel — Necochea, 148 (Resistendra — Chaco, Argentina).
Grace, Arthur (Prof. de dérmato-sif. do "Post-Graduate College of Medicine") 11 Schermerhorn Street (Brooklin, N.Y.-E.U.A.)
Graciansky, Pierce de (méd. do Hosp. Saint-Louis) — rue Clément Marot, 5 (Paris VIIIe).
Gruppee, Charles (ant. Ch. de Clin. da Fac.) — rue de Courcelles, 33 (Paris VIIIe.).
Jaeger, H. (Prof. de dermat. ch. do serv. universitário do Hosp Cantonal) — 7, Chemin du Levant (Lausanne, Suiça).
Guillot, Carlos Frederico (Assit. da Div. Dérmato-Venereol da Dir. Nac. de Saúde Pública de Buenos Aires) — Puerrydon, 1780 (Buenos Aires, Argentina).
Kahn, Reuben L. — Univ. de Michigan, Hosp. Universitário (Ann-Arbor-Michigan E.U.A.).
Joulia, Pierre (Prof. de dermat. em Bordeaux)-50, rue Fondaudège(Bordeaux, França.)
Lapière, S. (Prof. da Univ.) — rue des Augustinas, 10 (Liège, Bélgica).

Leite, Augusto Salazar (Prof. do Inst. de Med. Trop.)-Av.da República, 56 (Lisboa, Portugal).

Leon Blanco, Francisco — Calle 16, 27 (Miramar, Cuba).

Lepiavka, Arseny D. — Av. Chapultepec, 401 (México, D.F.).

Luz, João Valério Bastos da (Assist. do Inst. de Med. Trop.)-Calçada do Destêrro, 22-1º (Lisboa).

Mahoney, J.M. — "Marine Hosp. — Staten Island" (Nova York, E.U.A.)

Mariani, Giuseppe (Dir. da Clin. Dermatol. de Genova)-Genova, Itália.

Marques, J. Ferreira — Lisboa, Portugal.

Marquez, José Sanchez (Patol. do Inst. Dermatol. e Instrutor de Histol. da Fac. de Med. de Guadalajara) — Independencia, 66 (Guadalajara — Jalisco, México).

Molla, Aurelio Loret de (Prof. de dermat. da Fac. de Med. de Lima) — Apartado 1720 (Lima, Perú).

Mom, Arturo Maurique — México, 823 (Buenos Aires, Argentina).

Negroni, Pablo — Pichincha, 830 (Buenos Aires, Argentina).

Noguer-Moré, S. (Pres. da Ass. de Dermat. de Barcelona) — Paseo de Gracia 113 (Barcelona, Espanha).

Noussitou, Fernando Martin — Santa Fé, 1390 (Buenos Aires, Argentina).

Nurenberg, Alberto — Rosário, Argentina.

Orbaneja, José Gomez (Prof. Tit. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Valladolid) — Calle de Almagro, 12 (Madrid, Espanra).

Parga, Hernán Hevia (Prof. adj. da Univ. de Santiago) — Calle Corregidor Zañartu, 716 (Santiago, Chile).

Pascher, Frances (Assist. do "New York Post-Graduate-Skin & Cancer") Nova York, E.U.A.

Percival. G.H. ("Grant Professor of Dermatology, University of Edinburgh) Royal Infirmary — Dept. of Dermatology — (Edinburgh,Gran-Bretanha).

Pesce, Hugo (Méd.-ch. do Serv. Antileproso de Apurimac)-Andahuáilas-Perú.

Pessolani Cordone, Domingo (Ch. do Serv. de Venereol. do Hosp. Mil. Central de Assunção) — 25 Noviembre, 497 (Assunção, Paraguai).

Peyri, G. Mercadal (Prof. adj. de dermat., em Barcelona) — Via Layetana, 167 (Barcelona, Espanha).

Prats, Florencio (Ch. da Secção C. do Hosp. S. Luiz, de Santiago) — Calle José Manuel Infante, 438 (Santiago do Chile).

Ramírez B., Gastón (Prof. adj. da Univ. de Santiago) — Calle Carmen, 703 (Santiago, Chile).

Rein, Charles R. (Ch. do Serv. de Sorol, do Exército Americano) — 25 Central Park West — Nova York — E.U.A.

Rodriguez Estigarribia, Eduardo — Tenente Farina, 485 (Assunção, Paraguai).

Salazar, Delfin Elizondo — Hospital Seguro Social — São José, Costa Rica.

Sampaio, Antônio Neves (Dir. do Serv. de Dermat. do Hosp. Infantil de São Roque) — Av. da Liberdade, 140-1.º (Lisboa, Portugal).

Sampaio, Otávio Meneres (Dermatologista dos Hospitais Civis) — Av. Praia da Vitória, 13-3.º (Lisboa, Portugal).

Serial, Augusto (Ch. do lab. da cad. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Rosário) — Hosp. Intendente Carrasco (Rosário, Argentina).

Sidi, Edwin (Ch. do Serv. de Dérmato-Alergia da Fond. Ophtalm. A. de Rothschild) — rue Manin, 29 (Paris, XIX).

Silos, Maria Concepcion Estrada (Prof. adj. de dermat. da Fac. de Med. do México) — Revillogigedo, 78-13 (México, D.F.).

Suarez, Jorge — Pichincha, 450 (La Paz, Bolívia).

Tello, Enrique (Prof. Adj. Assist. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Córdoba) — 27 de Abril, 436 (Córdoba, Argentina).

Tiant, Francisco R. — San Lazaro, 464 (Havana, Cuba).

Tomasi, Lodovico (Dir. da Clin. Dermat. da Univ. de Roma) — Roma, Itália.

Relação dos Sócios da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

DIRETORIA (1954)

Presidente — Edgar Drolhe da Costa.
Vice-Presidente — Luiz Campos Melo.
Vice-Presidente — Ênio Candiota de Campos.
Secretário Geral — Benjamin Gonsalves.
1.° Secretário — Romeu Vieira Jacintho.
2.° Secretário — Edson de Almeida.
Tesoureiro — Danilo Cozzolino.
Bibliotecário — Cecy Mascarenhas de Medeiros.

COMITÊ DE DIREÇÃO

J. Ramos e Silva.
Hildebrando Portugal.
F. E. Rabelo.
Demétrio Peryassú.
Edgar Drolhe da Costa.
Benjamin Gonsalves.

PRESIDENTES HONORARIOS

Gougerot, H. (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Paris) — 26, boulevard Raspail (Paris, França).

Pautrier, L. M. (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Estrasburgo) — 2, Quai Saint-Nicolas (Estrasburgo, França).

SÓCIOS HONORARIOS

Agneta, José Oscar (Assist. da Clín. Dermatol. da Univ. de Buenos Aires) — Cerrito, 1278 (Buenos Aires, Argentina).

Almenara, G. — Direção de Saúde Pública (Lima, Perú).

Artom, Mário — Cristoforo Colombo, 1 (Torino, Itália).

Basombrio, Guillermo — Ayacucho, 1031 (Buenos Aires, Argentina).

Butler, Charles — Montividéu, Uruguai.

Capelli, Jader (Prof. honor. de dérmato-sif. da Univ. de Florença, Itália).

Civatte, Achille (Ch. do Museu Histol. do Hosp S. Luiz) — Rue Bichat, 40 (Paris, 10.°, França).

Dennie, Charles C. — Kansas City, E.U.A.

Deseaux, J. — 49, Rue de Coucelles (Paris, França).

Eller, Joseph Jordan — 45, Fifth Avenue (Nova York, E.U.A.).

Favre, Maurice (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Lyon) — Place Bellecourt, 33 (Lyon, França).

Fernandez, José Maria (antigo Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Ciências Médicas de Rosário) — 25 de Diciembre, 811 (Rosário, Argentina).

Flarer, Franco — Cidade de Padova, Via Santa Sofia, 16 (Itália).

Gans, Oskar (Prof. de Clin. Dérmato-Sifil. da Univ.) — Ludwig — Reehr Strasse, 14 (Frankfurtala, M, Alemanha).

Latapi, Fernando (Prof. de dermat.) — Zacatecos, 220-6 (México, D.F.).

Mackee, George Milles (Dir. do Serv. de dérmato-sif. do "New York Post-Graduate Hospital", da Univ. de Columbia) — 330, Second Avenue (Nova York, E. U. A.).

Marchionini, A. — Ankara, Turquia.

May, J. — 1444, Av. Rondeau (Montevidéu, Uruguai).

Mazzini, Miguel Angel (Pres. da Ass. Arg. de Dermatosifilologia) — Callao, 1710 (Buenos Aires, Argentina).

Miescher, Guido (Prof. de dérmato-sif. da Univ. de Zurich) — Gloriasstrasse, 33 (Zurich, Suiça).

Montgomery, Hamilton (da Fundação Mayo) — Rochester, E.U.A.

Nekam, L. (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Budapeste) — Reseda U. 4 (Budapeste, Hungria).

Oteiza Setién, Alberto — Ave. d ela República, 464 — 3er. pizo (Havana, Cuba)

Pardo-Castelló, V. — Calle 19, 671 — Vedodo (Havana, Cuba).

Penela, Luiz de Sá (Ch. do Serv. de Dermat. e Venereol. do Hosp. do Destêrro) — Rua Marquês de Tomar, 7 (Lisboa, Portugal).

Pierini, Luis E. (Prof. de dermat. para graduados da Univ. de Buenos Aires) — Cordoba, 2344 (Buenos Aires, Argentina).

Prieto, José Gay (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Madrid) — Calle Serrano, 20 (Madrid, Espanha).

Prunés R., Luis (Prof. de dermat. da Univ. do Chile) — Av. Condell, 376 (Santiago do Chile).

Pujo y Medina — Fac. de Med. de Santiago do Chile.

Quintero, N. — Buenos Aires, Argentina.

Quiroga, Marcial (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Ciências Médicas de Buenos Aires) — Santa Fé, 980 (Buenos Aires, Argentina).

Ragustin, N. — Rodrigues Peña, 525 (Buenos Aires, Argentina).

Reenstierna, J. — Dep. de Hig. e Bacteriol. da Univ. de Upsala, Suécia.

Schujmann, Salomão — Presidente Roca, 599 (Rosário, Argentina).

Schuwartz, Louis — Nova York, E.U.A.

Silva, Flaviano (Prof. aposentado de dérmato-sif. da Univ. da Bahia) — Praça D. Pedro II, 101 (Salvador, Bahia).

Stokes, John H. (Prof. de dérmato-sif. da Univ. de Pensilvânia) — Hosp. Universitário da Univ. de Pensilvânia (Filadélfia, E.U.A.).

Sulzberger, Marion B. (Prof. de dermat. da "New York University") — 999 Fifth Avenue, N. Y. (Nova York, E.U.A.).

Touraine, Albert (Redator-Chefe dos "Ann. de Dermatologie") — 7, boulevard Raspail (VIIe) — (Paris-França).

Ugarisa, Ricardo (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Assunção) — Assunção, Paraguai.

Uribe, J.I. — Bogotá, Colômbia.

Uriburu, J. — Sargento Cabral, 837 (Buenos Aires, Argentina).

Urueña, J. Gonzales (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. do México) — Av. Oaxaca, 80 (México, D.F.).

Vilanova, Xavier (Cat. de dermat. em Barcelona) — Calle Pelayo, 44 (Barcelona, Espanha).

SÓCIOS CORRESPONDENTES

Abascal, Horácio (Ch. do Serv. de Profil. Ven. do Min. da Saúde) — Neptuno, 164 (Havana, Cuba).

Almendra, Jaime (Dir. do Serv. de Dermat. do Hosp. da Marinha) — Rua Artilharia Um, 140 — 1º (Lisboa, Portugal).

Alvarez, Gregorio — Calle Belgrano, 1625 (Buenos Aires, Argentina).

Ambrosetti, Félix E. (Prof. adj. de dermat. da Fac. de Ciências Méd.) Av. Santa fé, 995 (Buenos Aires, Argentina).

Andrade, Roberto Nuñes de (Prof. de dermat. da Fac. de Med. do México) — México, D.F.

Andrews, George C. (Prof. Assoc. de dermat. na Univ. de Colúmbia) 115 East 61th Street — N. Y. (Nova York, E.U.A.)

Barba Rúbio, José (Prof. Adj. de dérmato-sif. da Fac. de Ciências Médicas e Biol. da Univ. de Guadalajara) — Ed. Lútécia Desp. 117-118(Guadalajara, Jal., México).

Bertaccini, Giuseppe (Dir. da Clin. Dermatol. de Bari) — Piazza Massari, 6 (Bari, Itália).

Borda, Júlio Martin — Cordoba, 1237-9.ºP. (Buenos Aires, Argentina).

Carrasco, Manoel Caeiro (Dir. do Serv. de Dermat. do Hosp. de Sto. Antônio dos Capuchos) — C. do Sacramento, 7-2.º (Lisboa, Portugal).

Chaná, Pedro Chariola — Miraflores, 613 (Santiago, Chile).

Chediak, Alejandro — San Lazaro, 173 (Havana, Cuba).

Cole, Harold Newton (Prof. de dérmato-sif. da Western Reserve University) — 1352, Hanna Building-Euclid at 14th St. (Cleveland, E.U.A.).

Contreras, Félix (Secret. Geral da Acad. Espanhola de Dermat. e Sif.) Moreto 15 (Madrid, Espanha).

Convit, Jacinto — San Bernardino — Av. Avilla — Quinta Ana (Caracas, Venezuela).

Cordero, Alejandro A. — Carlos Pellegrini, 1560 (Buenos Aires, Argentina).

Crosti, Agostino (Dir. da Clin. Dermatol. da Univ. de Milano) — Via Pace, 9 (Milano, Itália).

Degos, Robert (Secret. Geral da Soc. Franç. de Dermat. e Sif.) — 20, rue de Penthièvre (Paris, 8e., França).

Driver, James R. (Prof. Assoc. de dermat. na Western Reserve University) — Cleveland, E.U.A.

Duperrat, Bernard (Prof. "agregé" da Univ. de Paris) — boulevard Saint Germain, 176 (Paris, 6e).

Elliot, David C. (Sifilologista do Serv. de Saúde Públ. dos Est. Unidos da América).

Esteves, Juvenal Alvarez (Dermatologista dos Hospitais Civis de Lisboa) — Rua da Emenda, 76-1.º(Lisboa, Portugal).

Ferrari, Alexandro (Livre-doc. de dermat. em Torino e redator do "Il Dermosifilografo") — Corso Matteoti, 28 (Torino, Itália).

Garzon, Rafael (Prof. de dermato-sif. da Fac. de Med. de Cordoba) — Entre Rio, 372 (Cordoba, Argentina).

Gaté, Jean (Prof. de dermat. na Fac. de Med. de Lyon) — Rue Saint-Hélène, 24 (Lyon, França).

Gimenez, Manuel — Necochea, 148 (Resistendra — Chaco, Argentina).

Grace, Arthur (Prof. de dérmato-sif. do "Post-Graduate College of Medicine") 11 Schermerhorn Street (Brooklin, N.Y.-E.U.A.)

Graciansky, Pierce de (méd. do Hosp. Saint-Louis) — rue Clément Marot, 5 (Paris VIIIe).

Gruppee, Charles (ant. Ch. de Clin. da Fac.) — rue de Courcelles, 33 (Paris VIIIe.).

Jaeger, H. (Prof. de dermat. ch. do serv. universitário do Hosp Cantonal) — 7, Chemin du Levant (Lausanne, Suiça).

Guillot, Carlos Frederico (Assit. da Div. Dérmato-Venereol da Dir. Nac. de Saúde Pública de Buenos Aires) — Puerrydon, 1780 (Buenos Aires, Argentina).

Kahn, Reuben L. — Univ. de Michigan, Hosp. Universitário (Ann-Arbor-Michigan E.U.A.).

Jouila, Pierre (Prof. de dermat. em Bordeaux)-50, rue Fondaudège(Bordeaux, França.)

Lapiére, S. (Prof. da Univ.) — rue des Augustinas, 10 (Liège, Bélgica).

Leite, Augusto Salazar (Prof. do Inst. de Med. Trop.)-Av.da República, 56 (Lisboa, Portugal).

Leon Blanco, Francisco — Calle 16, 27 (Miramar, Cuba).

Lepiavka, Arseny D. — Av. Chapultepec, 401 (México, D.F.).

Luz, João Valério Bastos da (Assist. do Inst. de Med. Trop.)-Calçada do Destêrro, 22-1º (Lisboa).

Mahoney, J.M. — "Marine Hosp. — Staten Island" (Nova York, E.U.A.)

Mariani, Giuseppe (Dir. da Clin. Dermatol. de Genova)-Genova, Itália.

Marques, J. Ferreira — Lisboa, Portugal.

Marquez, José Sanchez (Patol. do Inst. Dermatol. e Instrutor de Histol. da Fac. de Med. de Guadalajara) — Independencia, 66 (Guadalajara — Jalisco, México).

Molla, Aurelio Loret de (Prof. de dermat. da Fac. de Med. de Lima) — Apartado 1720 (Lima, Perú).

Mom, Arturo Maurique — México, 823 (Buenos Aires, Argentina).

Negroni, Pablo — Pichincha, 830 (Buenos Aires, Argentina).

Noguer-Moré, S. (Pres. da Ass. de Dermat. de Barcelona) — Paseo de Gracia 113 (Barcelona, Espanha).

Noussitou, Fernando Martin — Santa Fé, 1390 (Buenos Aires, Argentina).

Nurenberg, Alberto — Rosário, Argentina.

Orbaneja, José Gomez (Prof. Tit. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Valladolid) — Calle de Almagro, 12 (Madrid, Espanra).

Parga, Hernán Hevia (Prof. adj. da Univ. de Santiago) — Calle Corregidor Zañartu, 716 (Santiago, Chile).

Pascher, Frances (Assist. do "New York Post-Graduate-Skin & Cancer") Nova York, E.U.A.

Percival, G.H. ("Grant Professor of Dermatology, University of Edinburgh) Royal Infirmary — Dept. of Dermatology — (Edinburgh,Gran-Bretanha).

Pesce, Hugo (Méd.-ch. do Serv. Antileproso de Apurimac)-Andahuáilas-Perú.

Pessolani Cordone, Domingo (Ch. do Serv. de Venereol. do Hosp. Mil. Central de Assunção) — 25 Noviembre, 497 (Assunção, Paraguai).

Peyri, G. Mercadal (Prof. adj. de dermat., em Barcelona) — Via Layetana, 167 (Barcelona, Espanha).

Prats, Florencio (Ch. da Secção C. do Hosp. S. Luiz, de Santiago) — Calle José Manuel Infante, 438 (Santiago do Chile).

Ramírez B., Gastón (Prof. adj. da Univ. de Santiago) — Calle Carmen, 703 (Santiago, Chile).

Rein, Charles R. (Ch. do Serv. de Sorol, do Exército Americano) — 25 Central Park West — Nova York — E.U.A.

Rodriguez Estigarribia, Eduardo — Tenente Farina, 485 (Assunção, Paraguai).

Salazar, Delfin Elizondo — Hospital Seguro Social — São José, Costa Rica.

Sampaio, Antônio Neves (Dir. do Serv. de Dermat. do Hosp. Infantil de São Roque) — Av. da Liberdade, 140-1.º (Lisboa, Portugal).

Sampaio, Otávio Meneres (Dermatologista dos Hospitais Civis) — Av. Praia da Vitória, 13-3.º (Lisboa, Portugal).

Serial, Augusto (Ch. do lab. da cad. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Rosário) — Hosp. Intendente Carrasco (Rosário, Argentina).

Sidi, Edwin (Ch. do Serv. de Dérmato-Alergia da Fond. Ophtalm. A. de Rothschild) — rue Manin, 29 (Paris, XIX).

Silos, Maria Concepcion Estrada (Prof. adj. de dermat. da Fac. de Med. do México) — Revillogigedo, 78-18 (México, D.F.).

Suarez, Jorge — Pichincha, 450 (La Paz, Bolívia).

Tello, Enrique (Prof. Adj. Assist. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Córdoba) — 27 de Abril, 436 (Córdoba, Argentina).

Tiant, Francisco R. — San Lazaro, 464 (Havana, Cuba).

Tomasi, Lodovico (Dir. da Clin. Dermat. da Univ. de Roma) — Roma, Itália.

Tzank, Arnault (Ch. da Clin. Dérmato-Sifil. do Hosp. S. Luiz) Paris, França.

Vegas, Martins (Prof. da Fac. de Med. da Venezuela) Apartado Correos, 612 (Caracas, Venezuela).

Vignale, Bartolemé (Prof. Tit. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Montevidéu) — 18 de Julio, 1323, piso 1 (Montevidéu, Uruguai).

Vivas, Adolfo — Oeste 7, n. 29 (Caracas, Venezuela).

Wade, Windson (Diretor Médico da "Leonard Wood Memorial") — Culion, Palawan — Philippines.

Weiss, Pedro (Prof. de patol. da "Univ. Nac. Mayor de San Marcos") — Calle San Jacinto, 151, (Lima, Perú).

Wise, Fred (Prof. de dermato-sif. do "New York Post-Graduated Medical School — Columbia University") — 816, Fifth Av. (Nova York, 21, E.U.A.).

SÓCIOS EFETIVOS

Abreu, José Eduardo de (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Av. Augusto Severo, 78, ap. 6 (Rio).

Abreu, Wilson Marques de (Dermatologista do Dep. de Saúde Escolar da P.D.F.; méd. adj. da Santa Casa de Misericórdia) — Rua Marquês de S. Vicente, 182 (Rio).

Abu-Merhy, Miguel Elias (do Dep. de Saúde Escolar da P.D.F.) — Av Osvaldo Cruz, 103 ap. 704 (Rio).

Agricola, Ernani (ex-Dir. do Serv. Nac. de Lepra, do M. S.) — Av. Alexandre Ferreira, 86, ap. 102 (Rio).

Aguiar, Otávio Garcez — Rua Teodoro Sampaio, 26 (Salvador).

Aguiar Pupo, João de (Prof. Cat. de dérmato-sif. da Univ. de S. Paulo) — Av. Angélica, 1920 (S. Paulo).

Alayon, Fernando — Av. Pacaembú, 1088 (S. Paulo).

Alcântara Madeira, J. — Rua Bragança, 97 — Perdizes (S. Paulo).

Aleixo, Josefino — Rua Itajubá, 250 (Belo Horizonte).

Almeida, Edson de (Ch. de Clin. Dérmato-Sifil. do Hosp. dos Serv. do Estado) — Rua Diógenes Sampaio, 16, ap. 202 (Rio).

Almeida, Teófilo — Rua Aristides Espinola, 6 (Rio).

Alonso, Carlos (Assist. da Enf. 26 da Santa Casa de Misericórdia do Rio) — Praia do Gragoatá 3 (Niterói).

Alves Jr., Antônio Ribeiro — Trav. Frutuoso Guimarães, 271 (Belém).

Andrade, Jorge Costa (Dir. da Col. Águas Claras) — Caixa postal 1346 (Salvador).

Andrade, Edmundo Sila Castro de — Av. Gentil Bitencourt, 274 (Belém).

Andrade, Zilton (Patologista do Inst. de Saúde Pública) — Inst. de Saúde Pública — Canela (Salvador).

Antunes, Almir Gusmão (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil.; dermatologista da Beneficência Portuguêsa) — Av. Atlântica, 2.242-6.º (Rio).

Aranha Campos, José — Rua Rússia, 426 (S. Paulo).

Arantes, Aguilar (Méd.-aux. da Col. S. Roque) — Hospital S. Roque (Piraquara, Paraná).

Areia Leão, A. E. (Ch. de Lab. do Inst. Osvaldo Cruz) — Rua México, 164-1.º (Rio).

Assis, José de (da Santa Casa de Misericórdia) — Av. Gal. Daltro Filho, 77 (Pelotas, R. G. S.).

Azevedo, Paulo Cordeiro de — Rua Presidente Pernambuco, 124 (Belém).

Azulay, Elias (Dermatologista do I.A.P.I.; téc. de lab. da P.D.F.) — R. Figueiredo Magalhães, 28 ap. 404 (Rio).

Azulay, Rubem D. (Doc.-livre da Fac. Nac. de Med. e da Fac. Flum. de Med.) — Rua 5 de Julho, 218 (Rio).

Baracho, Raimundo (Méd. do Dep. de Saúde de Pernambuco) — Av. José Rufino, 2619 — Barro (Recife).

Barros, Osvaldo de Toledo (Méd. do I.A.P.I.) — Rua Assembléia, 98-4.º, s. 45 (Rio).

Barros Barreto, A.L. de (Prof. Cat. da Univ. da Bahia) — Caixa postal 251 (Salvador).

Bastos, Arnaldo — Rua Prof. França, 9 (Salvador).

Batista, Luiz — Rua Cardoso de Almeida, 171 (S. Paulo).

Becker, Paulo Ludwig — Rua Marquês de Herval, 642 (Pôrto Alegre).

Bechelli, Luiz Marino — Rua Artur Azevedo, 566 (S. Paulo).

Bernhard, Armin (Assist. da Enf. de dérmato-sif. da Santa Casa de Pôrto Alegre; venereologista do Dep. Est. de Saúde) — Caixa postal 1264 (Pôrto Alegre).

Belliboni, Norberto — Av. Brig. Luiz Antônio, 350 — 1.º, ap. 13 (S. Paulo).

Bertolli, Bernardino — Rua Martim Afonso, 705 (Curitiba).

Bianco, Afonso — Rua Castro Alves, 469 (S. Paulo).

Bicudo Júnior, J. da Fonseca — Largo Padre Péricles, 48 (S. Paulo).

Bopp, Clóvis — Rua Cristóvão Colombo, 2752 (Pôrto Alegre).

Braga, Manoel da Silva — Av. Conselheiro Furtado, 1.240 (Belém).

Brito, Paulo de Souza — Rua Paissandú, 397 — Partenon (Pôrto Alegre).

Caldas, Heráclito (Ch. do 2.º Serv. de Pele e Sif. do Hosp. S. João Batista da Lagoa) — Av. Princesa Isabel, 58-B, ap. 61 (Rio).

Campos, Ênio Candiota de (Ch. de Clin. do Serv. de Dérmato-Sif. da Santa Casa de Pôrto Alegre; dermatologista do Dep. Est. de Saúde) — Rua Quintino Bocaiuva, 1394 (Pôrto Alegre).

Campos, Sílvio — Rua Artur Orlando, 177 (Recife).

Campos Melo, Luiz (Ch. do Serv. de Doenças Venéreas da P.D.F.) — Rua México, 31-3.º, s. 301 (Rio).

Castelo Branco, Fausto Gaioso (Ch. do Serv. de Lepra do Piauí) — Praça Mal. Deodoro, 969 (Teresina).

Carvalho, Ulisses Castanheira de (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Santa Casa de Belo Horizonte) — Rua Piauí, 953 (Belo Horizonte).

Castelar, Valter Roversi (Assist. do Ambul. 25 da Santa Casa de Misericórdia) — Rua Carvalho Mendonça, 29, ap. 404 (Rio).

Castro, Alcides Neves Ribeiro de — Av. Copacabana, 967, ap. 802 (Rio).

Castro, Clóvis de — Ed. Automóvel Clube, rua Álvares Cabral, ap. 113 (Belo Horizonte).

Castro Barbosa, Paulo de (Ch. do Serv. de Dérmato-Sif. da Polici. de Botafogo; assist. da Enf. 26 da Santa Casa de Misericórdia) — Rua Anita Garibaldi, 43, ap. 601 (Rio).

Cerqueira, Paulo — Rua Tomé de Souza, 925 (Belo Horizonte).

Cerruti, Humberto — Rua Gabus Mendes, 19, ap. 50 (S. Paulo).

Chaves, Antônio de Castro (Venereol. do Dep. Est. de Saúde) — Av. Independência, 831, ap. 41 (Pôrto Alegre).

Chaves, Olímpio (Livre-doc. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Assembléia, 121-2.º (Rio).

Clausell, D. Telechea — Rua Barata Ribeiro, 616, ap. 603 (Rio).

Conceição, José Oliveira — Rua Jacinto Gomes, 152 (Pôrto Alegre).

Cordeiro, Antônio Geraldo — Av. 7 de Setembro, 245, ap. 11 (Salvador).

Costa, João Dias (ex-Méd.-Ch do Disp. de Doenças da Pele do Centro de Saúde de Curitiba) — Rua Alferes Poli, 283 (Curitiba).

Costa, Osvaldo Gonçalves (Livre-doc. e assist. da Clín. de Síf. e Mol. da Pele, da Univ. de Minas Gerais) — Rua Ceará, 1991 (Belo Horizonte).

Costa, Paulo Dias da (Ch. da Clin. de Alergia do Hosp. Central da Aeronáutica) — Trav. das Escadinhas, 8 (Rio).

Costa, Leopoldo Domingos Amaral — Rua Benjamin Constant, 205 (Belém).

Costa Júnior, Antônio Fernandes da (Livre-doc. de dérmato-sif. da Univ do Brasil) — Rua México, 98-4.º, s. 409 (Rio).

Cozzolino, Danilo (Assist. de Clin. Dérmato-Sif. da Esc. de Med. e Cir.) — Rua Vicente Licínio, 95 (Rio).

Cruz, Osvaldo Rosa de Vasconcelos (Assist. do Hosp. dos Serv. do Estado) — Rua Ministro Viveiros de Castro, 32, ap. 706 (Rio).

Cunha, Afrânio Rodrigues da (Ch. da Clín. Dérmato-Sifil. da Santa Casa de Uberaba) — Rua Santo Antônio, 8 (Uberaba, Minas Gerais).

Cunha, Carlos (Doc.-livre de clín. dérmato-sifil. da Univ. do Paraná) — Av. Jaime Reis, 200 (Curitiba).

Cunha, Custódio Vieira da — Rua Duque de Caxias, 973 (Pôrto Alegre).

Cunha, Heitor de Oliveira (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Rua Conde de Bonfim, 423 (Rio).

Dacorso Filho, Paulo (Prof. de Anat. Patol. da Esc. Nac. de Veterinária) — Rua Maestro Francisco Braga, 460, ap. 204 (Rio).

Difini, Joaquim Montano (Dir.-Méd. do I.P.A.S.E.) — Rua Paissandú, 223 (Rio).

Defina, Antônio Francisco — Rua Alagoas, 720 (S. Paulo).

Diniz, Orestes — Dir. da Div. de Lepra do Dep. Est. de Saúde) — Rua Emboabas, 619 (Belo Horizonte).

Drolhe da Costa, Edgar Gomensoro (Ch. de Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Rua Souza Lima, 65, ap. 401 (Rio).

Dulcetti, Flávio Francisco — Av. Presidente Vargas, 3458, c. 19 (Rio).

Faillace, Jandir Maia — Livre-doc. da Univ. do Rio Grande do Sul) — Rua Duque de Carias, 833 (Pôrto Alegre).

Ferreira, João Antônio (Méd.-Ch. do Centro de Trat. Rápido da Sif. do Dep. Est. de Saúde) — Rua Dr. Prudente de Morais, 927 (Curitiba).

Ferreira, José Luiz de Souza — Caixa postal 925 (Belém).

Ferreira Filho, Joaquim Martins (Cap.-Tte.-Méd., dermatol. do Hosp. Central da Marinha) — Hospital Naval de Salvador, Praça Almeida Couto (Salvador).

Ferreira da Rosa, Amílcar — Rua Senador Dantas, 20, s. 801 (Rio).

Fialho, Amadeu (Prof. Cat. da Univ. do Brasil) — Rua Almirante Cockrane, 23 (Rio).

Fialho, Francisco (Assist. do Serv. Nac. de Câncer, do M. S.) — Rua Almirante Cockrane, 23 (Rio).

Fiquene, Salomão — Rua 13 de Maio, 503 (S. Luiz).

Foigel, Simão (Ch. de Clín. do Hosp. Pedro II; méd. do Serv. de Profil. das Doenças Venéreas de Pernambuco) — Rua da Saudade, 96 (Recife).

Fonseca, Olimpio da (Prof. Cat. da Univ. do Brasil) — Rua Marquês de Olinda, 18 (Rio).

Fonte, Joir (Ch. de Seção do Serv. Nac. de Lepra, do M. S.) — Rua Washington Luiz, 13-sobrado (Rio).

Fraga,, Silvio (Assist. da Enf. 26 da Santa Casa de Misericórdia) — Rua Debret, 79-7.º, s. 705 (Rio).

Fraga, Armínio (Livre-doc. da Univ. do Brasil) — Rua Debret, 79-7.º, s. 705 (Rio).

Freire e Silva, Jorge (Assist. da Polícl. Geral do Rio de Jan.) — Rua Dr. Sardinha, 38 (Niterói, Est. do Rio).

Furtado, Tancredo Alves — Rua Alvarenga Peixoto, 986 (Belo Horizonte).

Gabbay, Isac (Assist. do Serv. de Dermat. do Hosp. dos Serv. do Estado) — Av. Copacabana, 178-7.º (Rio).

Genú, J. Oriente de Arruda — Rua México, 41-16.º, s. 1602 (Rio).

Gerbase, José (Dermatologista, em Pôrto Alegre) — Rua Hilário Ribeiro, 299 (Pôrto Alegre).

Gomes, Graco Leite (Ch. do Serv. de Dermat. do I.A.P.E.T.C.) — Praça Floriano, 55-4.º (Rio).

Gonsalves, Benjamin (Genesal-Médico do Exército) — Rua Camaragibe, 13 (Rio).

Gontijo Assunção, João Batista (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Santa Casa de Belo Horizonte) — Rua Goitacazes, 90, ap. 1001 (Belo Horizonte).

Gonzaga de Castro, Luis (do Corpo de Saúde Naval) — Av. Copacabana, 1253, ap. 302 (Rio).

Greco, Armando — Rua Guarani, 179 (Belo Horizonte) .

Greco, J. B. (Alergista, em Belo Horizonte) — Rua Juiz de Fora, 849 (Belo Horizonte).

Grieco, Vicente (Livre-doc. da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo) — Rua Angatuba, 545 — Pacaembú (S. Paulo).

Grünwald, Daniel L. S. — Av. João Pessoa, 177 (Pôrto Alegre).

Gubert, Mário (Méd. Leprol. do Dep. Est. de Saúde) — Rua Saldanha Marinho, 1148 (Curitiba).

Guimarães, José Luiz — Alameda Nothmann, 668 (S. Paulo).

Guimarães, Newton Alves (Prof. Cat. de dérmato-sif. da Univ. da Bahia) — Rua Afonso Celso, 28, ap. 14 — Barra (Salvador).

Jacintho, Romeu Vieira (Assist. vol. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Rua Lavradio, 106, ap. 103 (Rio).

Lacaz, Carlos da Silva (Prof. Cat. de Microbiol. e Imunol. da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo) — Caixa postal 951 (S. Paulo).

Legene, Paulo Cardoso — Av. 13 de Maio, 13-11.º, s. 11 (Rio).

Leitão, Albino — Rua Campo Grande, 15 (Salvador).

Lembi, Alberto (Dermatologista do I.A.P.C.) — Rua Benjamin Constant, 113 (Rio).

Levi, Alberto Simão — Rua Santo Amaro, 14, ap. 75 (Rio).

Lima, Erasmo — Rua S. José, 85-6.º (Rio).

Lima, Gorki Mecking de (Doc.-livre de Anat. Patol. da Univ. do Rio Grande do Sul e patologista do Inst. Biol. do Dep. Est. de Saúde) — Rua Vicente da Fontoura, 2.676 (Pôrto Alegre).

Lira, Olavo de Andrade (Dermatologista do Centro de Saúde n. 10 e do Inst. Clín. de Madureira) — Av. Maracanã, 33 (Rio).

Lobato, Milton Luna — Trav. Rui Barbosa, 827 (Belém).

Lobo, Jorge (Prof. Cat. de dérmato-sif. da Univ. do Recife) — Rua Amaro Bezerra, 584 (Recife).

Lobo, Paulo de Souza (Ch. do Serv. de Dermat. e Radiot. da Policl. de Pescadores) — Rua Marquês de S. Vicente, 233 (Rio).

Lopes, Cid Ferreira — Rua Piauí, 923 (Belo Horizonte).

Lopes, Elson Damasceno — Vila IPASE, casa 20 (Rio Branco, Território do Acre).

Lopez, Aurélio Ancona (Dermatologista do Hosp. do Serv. Social de Menores) — Rua Manoel da Nóbrega, 151 (S. Paulo).

Louzada, Antônio — Rua Santa Terezinha, 186 (Pôrto Alegre).

Macedo, José Mariano Cavaleiro de — Rua João Balbi, 175 (Belém).

Machado, Osolando Júdice (do Serv. Nac. de Câncer. do M. S.) — Av. Graça Aranha, 333-2.º, s. 209 (Rio).

Maciel, Flaminio Almeida (Dermatologista do I.A.P.C.) — Ed. Duarte da Silveira, 3.º, s. 302 (João Pessoa).

Magalhães Gomes, Edgard (Prof. Cat. da Univ. do Brasil) — Rua México, 41-18.º, s. 1804 (Rio).

Malaquias, Guilherme — Av. Copacabana, 403, ap. 12 (Rio).

Mangeon, Gilberto (ex-Dir. do Hosp.-Col. Curupaiti) — Praia de Botafogo, 198 (Rio).

Maranhão Filho, Paulo — Av. Nazaré, 281 (Belém).

Marsiaj, Nino (Doc.-livre da Univ. do Rio Grande do Sul) — Caixa postal 205 (Pôrto Alegre).

Margutti, Luiz (do Hosp. S. João Batista da Lagoa e da Cruz Vermelha) — Rua Marquês S. Vicente, 458 (Rio).

Mariano, José — Rua Grão Pará, 747 (Belo Horizonte).

Marques, Halley — Rua Mal. Floriano, 362 (Pôrto Alegre).

Marques, Artur Pôrto (Assist. do Hosp.-Col. Curupaiti) — Rua Juiz de Fora, 22 (Rio).

Marques dos Santos, Everardo (Assist. da Enf. 26 da Santa Casa do Rio) — Rua Gal. Pereira da Silva, 47 — Icaraí (Niterói).

Martinelli, Marcelo (Curitiba).

Martins de Castro, Abílio (Dermatologista, em S. Paulo) — Rua Veiga Filho, 259 (S. Paulo).

Medeiros, Cecy Mascarenhas de (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Av. Lineu de Paula Machado, 52 (Rio).

Medina, Heitor S. G. — Caixa postal 357 (Curitiba).

Melo, Arnaldo Tavares de (da Div. de Org. Sanit., do M. S.) — Av. Gal. Justo. 275, bloco 13, s. 402 (Rio).

Melo, Emílio Fiúza de — Av. Conselheiro Furtado, 239 (Belém).

Mendes, José Pessoa (Dermatologista, em Pôrto Alegre) — Rua Esperança, 336 (Pôrto Alegre).

Mendes de Castro, Benedito (Dermatologista do Serv. de Saúde Escolar) — Rua Atlântica, 463 (S. Paulo).

Menezes, Dardo (Dermatologista e venereologista, em Uruguaiana) — Rua Gal. Bento Martins, 32 (Uruguaiana, R. G. do Sul).

Mesiano, Aquiles (Ch. da Clín. Dérmato-Sifil. do Hosp. Central da Marinha) — Av. Lineu de Paula Machado, 836 (Rio).

Mesquita, André Petrarca de (Dermatologista do I.A.P.E.T.C.) — Rua Prof. Gabizo, 157 (Rio).

Mindello, José Luiz de Araújo — Av. Gentil Bittencourt, 461 (Belém).

Miranda, Rui Noronha (Prof. Cat. de dérmato-sif. da Univ. do Paraná) — Rua Bruno Filgueira, 376 (Curitiba).

Miranda Júnior, João (Dermatologista da Ordem Terceira da Penitência) — Rua Uruguaiana, 12-3.º (Rio).

Molo, Miguel Agostinho Risola (Dermatologista do I.A.P.C.) — Rua Joaquim Murtinho, 192, ap. 8 (Rio).

Monteiro, Alfredo Bahia — Av. Araújo Pinho, 16, ap. 3 (Salvador).

Monteiro, Antônio Mendes — Rua Senador Dantas. 20, s. 1307 (Rio).

Morais, José Dias de (Dermatologista, em Santos) — Rua Vasconcelos Tavares, 25 (Santos, S. Paulo).

Morais, Mário Augusto Pinto de — Rua Manoel Barta, 625 (Belém).

Morais, Rui Gomes de (Prof. Cat. da Univ. do Brasil e da Esc. de Med. e Cir. do Inst. Hahnemanniano) — Rua 12 de Maio, 223 (Rio).

Moreira da Fonseca, Joaquim (Prof. Cat. da Univ. do Brasil) — Rua São José, 85-5.º (Rio).

Moses, Artur — Rua Rosário, 134-1.º (Rio).

Mota, Célio P. — Av. 15 de Agôsto (Ed. Importadora, ap. 702) (Belém).

Moura, Aureliano Matos de (Dir. da Div. de Lepra do Dep. Est. de Saúde) — Rua Lamenha Lins, 88 (Curitiba).

Moura Costa, Henrique de (Dir.-Téc. da Fund. Gaffrée-Guinle) — Trav. João Afonso, 38 (Rio).

Mourão, Benedictus Mário — Rua Junqueiras, 55 (Poços de Caldas, Minas Gerais).

Mourão, Gui (Méd.-ch. do Lab. da Col. S. Roque; méd. leprol. pelo D.N.S.) — Rua Dr. Murici, 708-3.º, s. 330 (Curitiba).

Negreiros, Eleutério Brum — Av. Nilo Peçanha, 26-2.º, s. 204 (Rio).

Neves, Francisco José (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Santa Casa) — Av. Paraúna, 441 (Belo Horizonte).

Néri Guimarães, Felipe (Pesq. Esp. do Inst. Osvaldo Cruz) — Rua Carvalho Azevedo. 11, ap. 202 (Rio).

Neves, Armando — Colônia S. Francisco de Assis (Bambuí, Minas Gerais).

Niemeyer, Armin — Rua Vigário José Inácio, 311-2.º (Pôrto Alegre).

Nogueira, Cássio (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Rua Assembléia, 104-5.º, s. 502 (Rio).

Nolasco, Arnaldo (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Recife) — Rua da Saudade, 313 (Recife).

Oliveira, Adalberto Mendes de — Rua Francisca Heiden, 117, ap. 101 (Rio).

Oliveira. Nelson Vítor de — Rua Conselheiro Galvão, 110 (Rio).

Oliveira, Wilson Coqueiro de — Av. Alcindo Cacela, 860 (Belém).

Oliveira Lima, A. — Av. Rio Branco, 277-12.º, s. 1210 (Rio).

Orsini de Castro, Olinto (Prof. Cat. da Univ. de Minas Gerais) — Av. Paraná, 430 (Belo Horizonte).

Padilha Gonçalves, Antar (Dermatologista do Banco do Brasil S. A.; assist. de dérmato-sif. da Esc. de Med. e Cir.) — Av. Ataulfo de Paiva, 1079 (Rio).

Paes de Oliveira, Paulo (Médico do Exército) — Rua Ferreira Viana, 35. ap. 101 (Rio).

Pagnano, Dilermando da Silveira (Dir.-proprietário do Inst. de Radioterapia "S. Lucas" — Rua Álvares Cabral, 500-1.º (Ribeirão Preto, S. Paulo).

Paiva, Gustavo Ferreira de (Assist. da Clín. Dermatol. da Santa Casa) — Rua Fernandes Tourinho, 955 (Belo Horizonte).

Parreiras Horta, Paulo (Prof. Cat. de dérmato-sif. da Fac. Flum. de Med.) — Rua Barão de Lucena, 81 (Rio).

Parreiras Horta, Eduardo — Rua Barão de Lucena, 81 (Rio).

Patrício, Luiz Dias — Rua 7 de Abril, 118-7.º (S. Paulo).

Peixoto, Perilo Galvão (Ch. da Clín. Dermatol. do I.P.A.S.E.) — Rua Oliveira Rocha, 54, ap. 202 (Rio).

Peixoto Guimarães, José Pena (Dermatologista do I.A.P.C.) — Rua Clarimundo de Melo, 1101 (Rio).

Penalva Costa, Fábio (Assist. da Univ. do Brasil) — Rua México, 98-4.º, s. 409 (Rio).

Pereira, Acúrcio L. (Dermatologista do I.P.A.S.E.) — Ed. Mariana, 4.º, s. 416 (Belo Horizonte).

Pereira, Antônio Carlos — Rua Oscar Vidal, 492 (Juiz de Fora).

Pereira, Ciro de Campos Aranha — Rua Henrique Martins, 169 — Vila Paulista (S. Paulo).

Pereira, Oaci Carlos — Rua Marquês de Pinedo, 23 (Rio).

Pereira Filho, Manoel (Prof. Cat. de Microbiol. da Univ. do Rio Grande do Sul; Diretor do Serv. Nac. de Tuberculose, do M. S.) — Av. Copacabana, 748, ap. 1204 (Rio).

Pereira da Silva, Carlos Leite (Prof. Cat. de dérmato-sif. da Univ. do Rio Grande do Sul) — Rua Dr. Timóteo, 395 (Pôrto Alegre).

Pereira Gomes, Rui (Dermatologista do Serv. Méd. do Ministério da Fazenda) — Rua Marquês de Pinedo, 71 (Rio).

Pereira Rêgo, Aguinaldo (Livre-doc. da Univ. do Brasil) — Rua Tereza Guimarães, 144 (Rio).

Periassú, Demétrio Bezerra Gonçalves (Livre-doc. da Univ. do Brasil; Ch. de Clín. da Esc. de Med. e Cir.) — Av. Copacabana, 664, ap. 903 (Rio).

Pinto, José Thiers (Ch. de Lab. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Rua Prof. Estelita Lins, 63 (Rio).

Pinto, Moacir Teixeira — Centro de Saúde de Londrina (Londrina, Paraná).

Plascência Filho, Félix (Méd. venereol. do Dep. Est. de Saúde) — Rua Andradas, 1073-3.º, ap. 1 (Pôrto Alegre).

Pondé, Adriano (Prof. Cat. da Fac. de Med. da Univ. da Bahia) — Rua 8 de Dezembro, 38 (Salvador).

Pontes, Flávio de Brito — Av. Gentil Bittencourt, 58 (Belém).

Portela, Osvaldo Baltazar (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Rua Buenos Aires, 70-5.º (Rio).

Pôrto, Jarbas Anacleto (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. do Hosp. dos Serv. do Estado) — Av. Copacabana, 1099, ap. 402 (Rio).

Portugal, Hildebrando Marcondes (Livre-doc. e assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil; Prof. Cat. de Histol. da Fac. de Ciências Médicas) — Rua Prudente de Morais, 1189 (Rio).

Portugal, Osvaldo — Rua Batatais, 538 (S. Paulo).

Proença, Paulo (ex-Ch. de Lab. da antiga Insp. de Profil. da Sífilis, Lepra e Doenças Venéreas) — Rua Voluntários da Pátria, 286 (Rio).

Prudêncio, João (Méd. do Serv. de Doenças Venéreas do 3.º Centro de Saúde do Est.) — Rua Paraguassú, 20 (Salvador).

Quintela, Jorge (Dermatologista do I.A.P.E.T.C.) — Rua Comendador Palmeira, 242 — Farol (Maceió).

Rabelo, Eduardo (*).

Rabelo, Francisco Eduardo Acióli (Prof. Cat. de dérmato-sif. da Univ. do Brasil) — Praia do Flamengo, 118-4.º (Rio).

(*) Antigo Prof. Cat. de dérmato-sifil. da Univ. do Brasil, falecido em 1940. Seu nome será perpètuamente conservado na lista dos componentes da Sociedade, conforme deliberação tomada em sessão de outubro de 1940.

Rabinowits, José (Ch. do Serv. de Dermat. da Policlin. Israelita) — Av. Copacabana, 872, ap. 903 (Rio).

Ramos e Silva, João (Prof. Cat. de dérmato-sif. da Esc. de Med. e Cir.) — Av. 13 de Maio, 37-3.º (Rio).

Renda, José (Assist. da Univ. do Recife) — Ed. Trianon, s. 101 — Av. Guararapes (Recife).

Ribeiro Neto, Domingos Oliveira (Livre-doc. e assist. de dérmato-sif. da Univ. de S. Paulo) — Rua Dr. Melo Alves, 235 (S. Paulo).

Ribas, Edgar Barbosa (Ch. do Serv. de Doenças Venéreas do Dep. Est. de Saúde) — Caixa postal 461 (Curitiba).

Risi, João Batista (Dir. do Inst. de Leprologia, do Serv. Nac. de Lepra do M. S.) — Rua Gastão Gonçalves, 31 (Niterói).

Rietmann. Bruno — Lad. de S. Bento, 8 (Salvador).

Rocha, Clóvis Soisson da — Rua Castro Alves, 74 (Rio).

Rocha, Darci (Livre-doc. e assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Rio Grande do Sul) — Rua Azenha, 705 (Pôrto Alegre).

Rocha, Gline Leite (Livre-doc. e assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Rua México, 41-5.º, s. 502 (Rio).

Rocha, Maria Clara M. da (Doc.-livre de Clín. Pediátrica e Hig. Infantil da Univ. do Rio Grande do Sul) — Rua Gal. Vitorino, 273. ap. 3 (Pôrto Alegre).

Rocha Neto, Mário Jorge Fernandes da — Sinimbú, 1562 (Caxias do Sul, R. G. do Sul).

Rodrigues, Augusto Chaves — Trav. Rui Barbosa, 862 (Belém).

Rossas, Tomaz Pompeu (Dir. do Serv. Nac. de Lepra, do M. S.) — Rua Pe. Leonel Franca, 100, ap. 102 (Rio).

Rossetti, Nicolau (Prof. Cat. de dérmato-sif. da Esc. Paul. de Med.) — Rua Baroneza de Itú. 459 (S. Paulo).

Rotberg, Abraão (Méd. do Dep. de Profil. da Lepra) — Rua Simão Álvares, 1028 (S. Paulo).

Rutowitsch, Mário (Livre-doc. da Univ. do Brasil; Ch. do Serv. de Dérmato-Sif. do Hosp. dos Serv. do Estado) — Rua Otávio Correia, 253 (Rio).

Sá e Silva, Lauro (Radiologista da Assistência Municipal) — Rua Alcindo Guanabara, 15-A-7.º (Rio).

Saliba, Nagib — Av. Augusto de Lima, 1568 (Belo Horizonte).

Sampaio, Sebastião de Almeida Prado — Rua Tefé, 356 (S. Paulo).

Sanson, Raul D. de (Prof. Cat. da Univ. do Brasil; Ch. de Serv. da Policlin. de Botafogo) — Rua Debret, 79-2.º, s. 201 (Rio).

Santos, Carlos Candal dos (Doc.-livre de Patol. Geral da Univ. do Rio Grande do Sul) — Rua Andradas, 1534, térreo, fundos (Pôrto Alegre).

Santos, José Malheiros dos (Laboratorista da Div. de Lepra) — Rua São Paulo, 498-3.º (Belo Horizonte).

Sarmento, Telmo Rodrigues — Av. 15 de Agôsto (Ed. Renascença, ap. 902) (Belém).

Schweidson, José (Assist. voluntário da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Paraná) — Av. 7 de Setembro, 2191 (Curitiba).

Serra, Osvaldo (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Rua Laranjeiras, 490 (Rio).

Silva, Alcides de Azevedo (da Fund. Gaffrée-Guinle e do Hosp. Geral da Santa Casa) — Rua Barão de Itapagipe, 117 (Rio).

Silva, Armando Domingos da (Micologista do Dep. de Saúde Pública) — Inst. de Saúde Pública — Canela (Salvador).

Silva, Cândido de Oliveira e (Assist. do Inst. de Leprol. do Serv. Nac. de Lepra, do M. S.) — Rua Engenheiro Pena Chaves, 15, ap. 202 (Rio).

Silva, Domingos Barbosa da — Rua Benjamin Constant, 767 (Belém).

Silva, Hugo Santos (Dermatologista da Santa Casa) — Av. Francisco Glicério, 654 (Santos).

Silva, Ives Palermo da — Praça D. Pedro II, 101 (Salvador).

Silva, Manoel Eugênio da (Ch. de Secção de Micologia do Inst. de Saúde Pública) — Inst. de Saúde Pública — Capela (Salvador).

Silva, Moacir dos Santos — Rua Santa Luzia, 732-9.º (Rio).

Silva, Newton Neves da — Av. Bastion, 528 (Pôrto Alegre).

Silvani Filho, Aníbal Muniz (Anátomo-patol. do Hosp. Santa Isabel; assist. de Anat. Patol. da Univ. da Bahia) — Rua Conceição Foeppel, 51 (Salvador).

Silveira, Edú Dias da (Assist. de Microbiol. da Univ. do Rio Grande do Sul) — Pano da Areia, 5926 (Pôrto Alegre).

Soares, José Augusto — Rua Castro Alves, 53 (S. Paulo).

Souza, Argemiro R. de — Rua Xavier de Toledo, 71-5.º (S. Paulo).

Souza, Cristóvão Colombo de (da Esc. Veterinária do Exército) — Trav. Guimarães Natal, 7, ap. 301 (Rio).

Souza, Paulo Alvaro de (Assist. da Univ. do Recife e méd. do Serv. de Lepra do Est.) — Av. Cruz Gabugá, 855 (Recife).

Souza-Araújo. Heráclides César de (Ch. de Lab. do Inst. Osvaldo Cruz) — Av. 13 de Maio, 37-1.º (Rio).

Souza Coelho, Roberto de — Av. Rio Branco, 251-15.º (Rio).

Srur. Armando Sabaa — Rua Boaventura da Silva, 274 (Belém).

Terra, Fernando (*).

Tibiriçá, Paulo de Queiroz Teles (Prof. Cat. de Anat. Patol. da Univ. do Rio Grande do Sul) — Praça Dom Feliciano, 56, ap. 121 (Pôrto Alegre).

Tostes de Campos, José (do Lab. Central de Saúde Pública do Est. do Rio) — Rua Tavares de Macedo. 222 (Niterói).

Tôrres, Otávio (Prof. Cat. da Univ. da Bahia) — Rua Rocha Galvão, 22 (Salvador).

Tramujas, Armando (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Paraná) — Rua do Rosário, 99 (Curitiba).

Treuherz, Valter — Rua Barão de Itapetininga, 120-7.º (S. Paulo).

Viana, João Bancroft (Assist.-cirurgião do Serv. Nac. de Câncer, do M. S.) — Av. Presidente Vargas, 529, s. 2.107 (Rio).

Vieira, João Paulo — Rua Líbero Badaró, 488-3.º (S. Paulo).

Vieira Braga, Raul (Dermatologista do I.A.P.I.) — Rua Conde de Bonfim, 1228, ap. 403 (Rio).

Vilas Bôas, Jaime (Insp.-Téc. da Fund. Gaffrée-Guinle) — Rua Barão de Itaipú, 391 (Rio).

Vilas Bôas, Norberto d'Avila (do Serv. de Dermat. da Fund. Gaffrée-Guinle) — Rua Barão de Itaipú, 391 (Rio).

Villela Pedras, José Augusto — Av. Delfim Moreira, 558 (Rio).

Xavier, Alvorino Mércio — Rua Goitacaz, 223 (Pôrto Alegre).

Zéo, Arnaldo (Dir. do Hosp.-Col. de Curupaiti) — Av. Graça Aranha, 326-5.º, ap. 52-A (Rio).

Zilberberg, Benjamin — Rua Melo Alves, 712, ap. 21 (S. Paulo).

(*) Antigo Prof. Cat. de dérmato-sif. da Univ. do Brasil, falecido em 1947. Seu nome será perpètuamente conservado na lista dos componentes da Sociedade, conforme deliberação tomada em sessão de maio de 1947.

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, os quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas secções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 200,00, para o Brasil, e Cr$ 240,00 para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 60,00 na época, e de Cr$ 70,00, quando atrazado.

Tôda a correspondência, concernente tanto a publicações como a assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao encarregado geral, Sr. EDEGARD GOMES, por intermédio da caixa postal 389, Rio de Janeiro (telefones: 32-1347 e 42-6540).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando, consequentemente, à propriedade plena dos seus autores. Êsses trabalhos deverão ser datilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o endereço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Cummulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês, ou dia e mês se o periódico fôr semanal, e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor, título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo da matéria.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes, bem como as que forem coloridas, correrão por conta dos autores, que serão consultados a respeito. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA não serão responsáveis nem solidários com os conceitos ou opiniões emitidos nos trabalhos nêles publicados.

A abreviação bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat. e sif.*

Vol. 29 (1954) — N. 1 (Março)

JORNAL DO COMMERCIO — Rodrigues & C. — Av. R. Branco, 117 — R. de Janeiro — 1953